

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico  
II (Psicología Diferencial y del Trabajo)**



**TESIS DOCTORAL**

**Estilos de personalidad, afrontamiento y satisfacción en profesionales  
sanitarios en relación con la salud**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**Carmen Luzdivina Sánchez Ramos**

Directores

**Juan Francisco Díaz Morales**

**Madrid, 2016**

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**ESTILOS DE PERSONALIDAD, AFRONTAMIENTO  
Y SATISFACCIÓN EN PROFESIONALES  
SANITARIOS EN RELACIÓN CON LA SALUD**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA  
PRESENTADA POR

**Carmen Luzdivina Sánchez Ramos**

Bajo la dirección del doctor

Juan Francisco Díaz Morales (Universidad Complutense de Madrid)

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos II  
(Psicología Diferencial y Psicología del Trabajo)



**ESTILOS DE PERSONALIDAD, AFRONTAMIENTO Y  
SATISFACCIÓN EN PROFESIONALES SANITARIOS EN  
RELACIÓN CON LA SALUD**

**TESIS DOCTORAL**

Autora: Carmen Luzdivina Sánchez Ramos

Programa de Doctorado: Mujeres y Salud

Madrid, 2015



*A mi madre, por transmitirme la curiosidad, la pasión por aprender y el cuidado a los demás.*

*A mi padre, por ser un ejemplo de honradez, tenacidad y responsabilidad.*

*A Pablo, por ser mi compañero de viaje y estar a mi lado.*

*A mi hermana, por estar siempre ahí.*



*“LA ESPECIE QUE SOBREVIVE NO ES LA MÁS FUERTE, NI LA MÁS  
INTELIGENTE, SINO LA MÁS ADAPTABLE AL CAMBIO” CHARLES DARWIN  
(1859).*





# AGRADECIMIENTOS ---

*Cuando nos comprometemos con proyectos tan laboriosos y a la vez tan emocionantes como es una Tesis Doctoral, a pesar del arduo y largo camino, el sentimiento que me envuelve en estos momentos es el de gratitud hacia muchas personas que han contribuido de una manera u otra, a que este sueño se convierta en realidad. A todas y cada una de esas personas quiero darles las gracias, ya que han sido de suma importancia y ayuda durante esta etapa de mi vida. En primer lugar quiero agradecer a mi Director de Tesis, el Dr. Juan Francisco Díaz Morales, por confiar en mí, por sus ánimos y facilidades para allanarme el camino, además por su buen hacer, constancia y dedicación con la que me ha tutorizado y guiado a lo largo de este largo y duro viaje. Sin su enorme ayuda este proyecto no hubiera sido posible. Gracias por creer en mí. Gracias.*

*Agradecer a la Dra. María del Pilar Sánchez López, por aceptarme en el Máster de “Mujeres y Salud”, facilitar todos los trámites y manifestarme siempre todo su apoyo. Gracias.*

*A la Dra. Violeta Cardenal Hernández, por provocar en mí la curiosidad del complejo mundo de la personalidad. También agradecer al resto de profesores/as del Máster por compartir conmigo sus conocimientos. Gracias.*

*A la Dra. Cristina Escribano Barreno, por sacarme en un momento del “bucle estadístico” y al Dr. Oscar Arroigante por sus apuntes de “ANOVAS”. Gracias. A la Dra. María Simarro por su apoyo y cariño. Gracias.*

*A Yolanda Paniago, mi compañera de fatigas estudiantiles. Porque siempre ha estado a mi lado y me ha apoyado a luchar por este sueño. Y, porque en este momento estará “flipando pepinillos”. Gracias.*

*A Elisa Ceresuela, porque no he necesitado pedirle nada porque me lo ha ofrecido antes, gracias por tu cariño y ayuda. Gracias.*

*A las “sexiamigas” y a la “chupipandi”, porque a pesar de que la mayoría no comprendíais “esta locura mía”, siempre me habéis animado y apoyado a seguir adelante. Os debo una. A “málaga laboral” por compartir tantos momentos buenos. A mi amigo Antonio Pellicer, por su confianza y cariño. Gracias.*

*A mis compañeros/as, amigos/as y conocidos/as por ser bola de nieve y participar en este proyecto, que también un poco es vuestro. Gracias. A mis “resis” Julia, María y Mari Ángeles por aguantarme a lo largo de todos estos años. Gracias. A Álex por su ayudita con el adobe. Gracias.*

*A mi familia, hermano y hermana, sobrinas y sobrinos, tíos y tías, primos y primas, porque me siento orgullosa y afortunada de pertenecer a este árbol familiar tan fornido compuesto por gente trabajadora, luchadora e intelectual y, como dice mi madre “la cuna es la cuna”. Gracias familia. A los Portela, por su ánimo y cariño. A Marta por su ayuda con el summary. Gracias. A mi primo Jesu, porque siempre que le necesito está ahí. Gracias primo.*

*A mi madre y a mi padre, Ángeles y Juan, porque les debo todo. Por su enorme apoyo y cariño y porque me han inculcado a lo largo de la vida el espíritu de esfuerzo y sacrificio, son para mí un ejemplo de vida para seguir aprendiendo y creciendo.*

*A Pablo, mi compañero de viaje y de viajes, la persona más cercana a mí en todo este largo recorrido y la persona que más me ha ayudado a levantarme tras algún tropiezo que otro. Gracias. Porque con sus palabras y su presencia las dificultades se han convertido en retos y me ha ayudado a sacar mis fortalezas. Gracias. Porque hemos compartidos momentos de vida muy felices y divertidos a lo largo de este proyecto, por eso también este trabajo es parte tuya. Gracias. Lo prometido es deuda, y espero en breve la recompensa. Gracias.*

*Ahora sí, tras el duro trabajo de cuidar las vides, realizar la vendimia, fermentar la uva, levanto mi copa para hacer un brindis por todos vosotros. Salud y suerte. Gracias.*



## **FE DE ERRATAS (06/11/2015)**

### **Tesis Doctoral “Estilos de Personalidad, Afrontamiento y Satisfacción en profesionales sanitarios en relación con la salud”**

- Página XIV, punto 4.2.4: sustituir “MIPS” por “Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS)”.
- Página XV, punto 5.5.2.1.1: sustituir “Variables de Consumo de Sustancias” por “Medidas de Consumo de Sustancias”.
- Página XV, punto 5.5.2.2.1: sustituir “SF-36” por “Health Survey SF-36”.
- Página XVI, punto 5.5.2.2.3: sustituir “SWLS” por “Satisfaction With Life Scale (SWLS)”.
- Página XVI, punto 5.5.3.1: sustituir “Brief Cope” por “Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento Brief-COPE”.
- Página XVIII, Anexo III: sustituir “Coeficientes de correlación ítem-escala de los instrumentos” por “Coeficientes de correlación ítem-escala corregidos de los instrumentos”.
- Página XIX: sustituir “Tabla 2.2: Organización los dos niveles de asistencia sanitaria (AP/AE)” por “Tabla 2.2: Organización los dos niveles de asistencia sanitaria Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE)”.
- Página XXII: sustituir “Tabla 7.2: Comparación de Medias aritméticas de Alonso, 1998 de Población General (PG) y Sánchez Ramos, 2015 de Profesionales Sanitarios” por “Tabla 7.2: Comparación de Medias aritméticas (Alonso, 1998) en Población General (PG) y Sánchez Ramos (2015) en Profesionales Sanitarios”.
- Página XXIII: sustituir “Figura 6.4: grado de Implicación del cónyuge al cuidado del hogar según sexo” por “Figura 6.4: Grado de Implicación del cónyuge al cuidado del hogar según sexo”.
- Página XXIII: sustituir “Figura 6.5: grado de Implicación del cónyuge al cuidado de los hijos según sexo” por “Figura 6.5: Grado de Implicación del cónyuge al cuidado de los hijos según sexo”.
- Página 1, línea 1: sustituir “El personal sanitario se enfrenta frecuentemente a situaciones estresante” por “El personal sanitario se enfrenta frecuentemente a situaciones estresantes”.

- Página 3, línea 5: sustituir “aunque el MIPS presenta baja fiabilidad en las escalas” por “aunque el MIPS presenta baja fiabilidad en algunas escalas”.
- Página 24, línea 12: sustituir “(Alcántara Moreno, 2008; Moreno-Altamirano, 2007)” por “(Alcántara Moreno, 2008; Moreno-Altamirano, 2007; Saavedra San Román, 2013)”.
- Página 25, línea 2: sustituir “(Resolución OMS. 30.43., 1977) y, de esta manera abandona la visión utópica de la definición inicial.” por “(Asamblea Mundial de la Salud de 1977) y, de esta manera abandona la visión utópica de la definición inicial (Saavedra San Román, 2013)”.
- Página 25, línea 16: sustituir “Por tanto, el concepto de salud se estudia de manera integral desde las Ciencias de la Salud, aportando conocimientos del proceso de salud enfermedad” por “Por tanto, el concepto de salud se estudia de manera integral desde las Ciencias de la Salud, aportando conocimientos del proceso de salud enfermedad (Saavedra San Román, 2013)”.
- Página 26, línea 17: sustituir “...correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas (Matarazzo, 1980; p.815)” por “...correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad disfunciones relacionadas (Matarazzo, 1980; p.815; citado en Saavedra San Román, 2013)”.
- Página 27, línea 2: sustituir “investigaciones que recogen las publicaciones más destacadas en este campo (Amigo, Fernández & Pérez, 2003; Oblitas, 2010; Oblitas, 2006)” por “investigaciones que recogen las publicaciones más destacadas en este campo (Amigo, Fernández & Pérez, 2003; Oblitas, 2010; Oblitas, 2006; citados en Saavedra San Román, 2013)”.
- Página 30, línea 5: sustituir “en este apartado se recogen aquellos indicadores más relevantes y frecuentes utilizados para analizar la salud física de los individuos” por “en este apartado se recogen aquellos indicadores más relevantes y frecuentes utilizados para analizar la salud física de los individuos, como cita Saavedra San Román, 2013”.
- Página 31, línea 10: sustituir “es frecuente en personas jóvenes asociar al consumo de alcohol otros tipos de sustancias (EDADES, Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España, 2009-2010)” por “es frecuente en personas jóvenes asociar al consumo de alcohol otros tipos de sustancias (EDADES, Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España, 2009-2010; citado en Saavedra San Román, 2013)”.
- Página 39, línea 15: sustituir “están indicados para patología crónicas relacionadas en su mayoría con estilos de vida poco saludables” por “están indicados para patologías crónicas relacionadas en su mayoría con estilos de vida poco saludables (Saavedra San Román, 2013)”.

- Página 46, línea 12: sustituir “al tenerse en cuenta el valor normalizado en sangre para los hombres (Valls-Llobet, 2006)” por “al tenerse en cuenta el valor normalizado en sangre para los hombres (Saavedra San Román, 2013; Valls-Llobet, 2006)”.
- Página 49, línea 3: sustituir “La Encuesta nacional de Salud (2012)” por “La Encuesta Nacional de Salud (2012)”.
- Página 52, línea 12: sustituir “sino también familiares, sociales, profesionales, laborales y económicas” por “sino también familiares, sociales, profesionales, laborales y económicas”.
- Página 61, línea 15: sustituir “profesionales sanitarios de primaria” por “profesionales sanitarios de atención primaria”.
- Página 62, línea 19: sustituir “ (apartado 2.1.1, pp 21)” por “ (apartado 2.1.1, pp 27)”.
- Página 71, línea 2: sustituir “ asociado un mayor consumo de tabaco, cafeína y alcohol (Fernández- Mendoza, Ilioudi, Montes, Olavarrieta-Bernardino, Aguirre-Berrocal, de la Cruz-Troca & Vela- Bueno, 2010) por “asociado un mayor consumo de tabaco, cafeína y alcohol (Fernández- Mendoza, Ilioudi, Montes, Olavarrieta-Bernardino, Aguirre-Berrocal, de la Cruz-Troca & Vela- Bueno, 2010; Saavedra San Román, 2013)”.
- Página 71, línea 9: sustituir “inicio más precoz de burnout y alteraciones del sueño (Bonet Porqueras, Moliné Pallarés, Olona Cabases, Gil Mateu, Bonet Notario, Les-Morell, Iza-Maiza & Bonet Porqueras, 2009” por “inicio más precoz de burnout y alteraciones del sueño (Bonet Porqueras, Moliné Pallarés, Olona Cabases, Gil Mateu, Bonet Notario, Les-Morell, Iza-Maiza & Bonet Porqueras, 2009; Saavedra San Román, 2013)”.
- Página 72, línea 18: sustituir “el 77% sienten agotamiento emocional y un 62% no se encuentran realizados en el desarrollo de su trabajo (SATSE, 2012)” por “el 77% sienten agotamiento emocional y un 62% no se encuentran realizados en el desarrollo de su trabajo (SATSE, 2012; citado en Saavedra San Román, 2013)”.
- Página 78, sustituir "Tabla 2.1: Competencias del Estado en materia de sanidad; Gestión del Instituto nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)” por "Tabla 2.1: Competencias del Estado en materia de sanidad; Gestión del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)”.
- Página 83, línea 1: sustituir “A los médicos les corresponde” por “A los médicos/as les corresponde”.
- Página 91, línea 12: sustituir “a pesar de la escasa proporción de hombres en la profesión (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009)” por “a pesar de la escasa proporción de hombres en la profesión (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009; citado en Saavedra San Román, 2013)”.

- Página 95, línea 14: sustituir “están sujetos aun elevado estrés” por “están sujetos a un elevado estrés”.
- Página 107, línea 13: sustituir “el modelo transaccional de salud” por “el Modelo Transaccional de la Salud”.
- Página 112, línea 19: sustituir "porque a medida que se avanza los años" por “porque a medida que avanzan los años”.
- Página 114, línea 3: sustituir "EL optimismo y la satisfacción" por “El optimismo y la satisfacción”.
- Página 114, línea 9: sustituir “los niveles de estrés estaba relacionados con el burnout” por “los niveles de estrés estaban relacionados con el burnout”.
- Página 126, línea 25: sustituir “si no que dependerá de la situación y cómo se usa” por “sino que dependerán de la situación y de cómo se usan”.
- Página 129, línea 20: sustituir “se enfrenta a situaciones estresantes” por “se enfrentan a situaciones estresantes”.
- Página 138, línea 10: sustituir “estilo de afrontamiento pasivo-dependiente y emocional como característico de la vejez” por “estilo de afrontamiento pasivo-dependiente y emocional como característico de la vejez”.
- Página 154, línea 23: sustituir “inerte, reactivo u estático” por “inerte, reactivo y estático”.
- Página 169, línea 8: sustituir “esquemas de conocimiento previos, no presentan como muy innovadores y creativos” por “esquemas de conocimientos previos, y no se presentan como innovadores y creativos”.
- Página 169, línea 21: sustituir “otros investigadores (Díaz Morales & Sánchez López, 2002; Patró Hernández et al., 2007)” por “otros investigadores (Díaz Morales & Sánchez López, 2002; Patró Hernández et al., 2007; Rivas Diez, 2015)”.
- Página 180, línea 13: sustituir “(Satisfacción With Life Scale, *SWLS*)” por “(Satisfaction With Life Scale, *SWLS*)”.
- Página 184, línea 12: sustituir “sucesos positivos está relacionado” por “sucesos positivos están relacionados”.
- Página 190, línea 18: sustituir “si no con los aspectos motivacionales” por “sino con los aspectos motivacionales”.
- Página 201, línea 14: sustituir “ Tesis doctoral” por “Tesis Doctoral”.
- Página 202, línea 8: sustituir “que participa en la presente investigación” por “que participan en la presente investigación”.



- Página 204, línea 9: sustituir “frente a los profesionales de AP” por “frente a los/as profesionales de AP”.
- Página 244, línea 12: sustituir “Una vez realizados los análisis descriptivos” por “ Una vez realizados los análisis descriptivos”.
- Página 251, línea 18: sustituir “en cuanto a sexo en las escalas de Satisfacción personal” por “ en cuanto al sexo en las escalas de Satisfacción Personal”.
- Página 253, línea 2: sustituir “Satisfacción vital” por Satisfacción Vital”.
- Página 255, línea 23: sustituir “significativo en los roles de género” por “significativo en los Indicadores de roles de género”.
- Página 258, línea 5: sustituir “las diferencias según edad presentaron tendencia a la significación” por “las diferencias según edad presentaron una tendencia cercana a la significación”.
- Página 262, línea 8: sustituir “se ha encontrado diferencias según edad” por “ se han encontrado diferencias según edad”.
- Página 286, línea 8: sustituir “La variable horas dedicadas al cuidado del hogar” por “La variable Horas dedicadas al cuidado del hogar”.
- Página 292, línea 3: sustituir “se encontró una tendencia a la significación” por “se encontraron diferencias con tendencia a la significación”.
- Página 311, línea 12: sustituir “¿Qué diferencias en salud física y psicológica aparecerán según actividad sanitaria?” por “¿Qué diferencias en salud física y psicológica aparecerán según la actividad sanitaria?”.
- Página 320, línea 11: sustituir “Tabla 7.2: Comparación de Medias aritméticas de Alonso, 1998 de Población General (PG) y Sánchez Ramos, 2015 de Profesionales Sanitarios” por “Tabla 7.2: Comparación de Medias aritméticas (Alonso, 1998) en Población General (PG) y Sánchez Ramos (2015) en Profesionales Sanitarios”.
- Página 320, línea 13: sustituir “Saavedra (2013)” por “Saavedra San Román (2013)”.
- Página 324, línea 4: sustituir “son los varones jóvenes y las mujeres de mediana edad” por “son los varones jóvenes y las mujeres jóvenes”.
- Página 327, línea 5: sustituir “una tendencia hacia la significación” por “una tendencia cercana a la significación”.
- Página 344, línea 9: sustituir “En cambio si se observan diferencias en el número de horas dedicadas a los hijos” por “En cambio, sí se observan diferencias en el número de horas dedicadas a los hijos”.

- Página 365, línea 11: sustituir “Para llevar a cabo este objetivo se propone tres hipótesis” por “Para llevar a cabo este objetivo se proponen tres hipótesis”.
- Página 366, línea 16: sustituir “los profesionales sanitarios mujeres de AP” por “Los profesionales sanitarios mujeres de AP”.
- Página 420, línea 15: sustituir “Oblitas, L.A. (2010) *Psicología de la salud y validez de vida*” por “Oblitas, L.A. (2010) *Psicología de la salud y calidad de vida*”.
- Página 429, línea 17: sustituir “Sánchez González, R., Álvarez Nido, R., & Lorenzo Borda, S. (2003).” Por “Sánchez González, R., Álvarez Nido, R., & Lorenzo Borda, S. (2003).”.
- Página 430, línea 34: sustituir “Sanchez-López, M.P., Thorne, C., Martínez, P., Niño de Guzmán, I., & Argumedo, D. (2002).” Por “Sánchez-López, M.P., Thorne, C., Martínez, P., Niño de Guzmán, I., & Argumedo, D. (2002).”.
- Página 432, línea 16: sustituir “EL consumo de psicofármacos en pacientes” por “El consumo de psicofármacos en pacientes”.
- Página 435, línea 35: sustituir “*anales de psicología*” por “*Anales de Psicología*”.
- Página 437, línea 12: sustituir “Job satisfactio, occupational commitment” por “Job satisfaction, occupational commitment”.

# ÍNDICES DE CONTENIDOS

---

Índice de tablas.....	XIX
Índice de figuras.....	XXIII
Listado de siglas y acrónimos.....	XXVII
Resumen en español.....	1
Resumen en inglés.....	5

## PARTE I CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA

### **CAPÍTULO 1 – INTRODUCCIÓN..... 13**

1.1 – Justificación de la investigación.....	13
1.2 – Presentación general del trabajo.....	18

### **CAPÍTULO 2 – LA SALUD, EL CONTEXTO SANITARIO Y LOS ROLES DE GÉNERO..... 23**

2.1 – Concepto de Salud .....	24
2.1.1 – Modelo transaccional de la Psicología de la Salud.....	27
2.2 – Salud física en el ámbito sanitario.....	30
2.2.1 – Consumo de sustancias.....	30
2.2.2 – Dolencias.....	44
2.2.3 – Salud percibida.....	48
2.3 – Salud psicológica en el ámbito sanitario.....	52
2.3.1 – Salud física y psicológica en función del género.....	53

2.3.2 – Calidad de vida relacionada con la salud en profesionales sanitarios.....	57
2.3.3 – Fuentes de satisfacción en sanitarios: laboral y familiar.....	63
2.3.3.1 – Contexto laboral.....	64
2.3.3.2 – Contexto familiar.....	74
2.4 – Características contextuales del entorno sanitario.....	77
2.4.1– Estructura de la asistencia sanitaria.....	77
2.4.2 – Roles de género en el entorno sanitario.....	85

### **CAPÍTULO 3 – ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y ESTRÉS ..... 95**

3.1 – El contexto sanitario como fuente de estrés .....	96
3.1.1 – Definición de estrés.....	97
3.1.2 – Estrés laboral en el entorno sanitario.....	101
3.1.3 – Consecuencias del estrés en profesionales sanitarios.....	103
3.1.4 – Contexto laboral y salud.....	107
3.2 – Afrontamiento.....	115
3.2.1 – Modelo transaccional del estrés de Lázarus y Folkman.....	116
3.2.2 – Afrontamiento: Estilos y Estrategias de afrontamiento.....	121
3.2.2.1 – Instrumentos de evaluación de afrontamiento.....	130
3.3 – Afrontamiento y salud en los profesionales sanitarios.....	133
3.3.1 – Estrategias de afrontamiento y salud.....	134

### **CAPÍTULO 4 – ESTILOS DE PERSONALIDAD Y SATISFACCIÓN..... 147**

4.1 – Modelos integradores de la personalidad.....	148
4.2 – Modelo de Personalidad Theodore Millon.....	151
4.2.1 – Características del modelo de Millon.....	152
4.2.2 – Teoría del desarrollo de la personalidad.....	157
4.2.3 – Instrumentos de evaluación de la personalidad.....	160
4.2.4 – Investigación aplicada con el MIPS.....	162

4.3 – Personalidad y salud en profesionales sanitarios.....	163
4.3.1 – Personalidad y salud.....	164
4.3.2 – Consecuencias de la personalidad en la salud de los profesionales sanitarios.....	170
4.4 – Bienestar subjetivo: satisfacción.....	174
4.4.1 – Marco general del bienestar subjetivo.....	175
4.4.2 – Teorías del bienestar subjetivo.....	181
4.4.3 – Influencia de las variables contextuales y personales sobre el bienestar.....	184
4.4.4 – Personalidad y satisfacción en profesionales sanitarios.....	191

## PARTE II

### INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

#### **CAPÍTULO 5 – OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y MÉTODO..... 201**

5.1 – Introducción.....	201
5.2 – Objetivos e hipótesis.....	202
5.3 – Diseño.....	204
5.4 – Participantes.....	206
5.5 – Variables e instrumentos de medida.....	208
5.5.1 – Variables Sociodemográficas.....	209
5.5.2 – Variables de Salud.....	209
5.5.2.1 – Cuestionarios de salud física.....	210
5.5.2.1.1 – Variables de Consumo de Sustancias.....	210
5.5.2.1.2 – Cuestionario de Dolencias Físicas.....	210
5.5.2.1.3 – Cuestionario de Salud Autopercebida.....	211
5.5.2.2 – Cuestionarios de salud psicológica.....	211
5.5.2.2.1 – Cuestionario de Salud ( <i>SF-36</i> ).....	212
5.5.2.2.2 – Cuestionario de Satisfacción Personal.....	214

5.5.2.2.3 – Escala de Satisfacción con la vida ( <i>SWLS</i> ).....	215
5.5.3 – Variables de la Persona.....	215
5.5.3.1 – Cuestionario de Afrontamiento ( <i>Brief Cope</i> ).....	216
5.5.3.2 – Inventario Millon de Estilos de Personalidad ( <i>MIPS</i> ).....	218
5.6 – Procedimiento.....	221
5.7 – Análisis de los datos.....	222

## **CAPÍTULO 6 – RESULTADOS..... 227**

6.1 – Análisis psicométricos de los instrumentos utilizados.....	228
6.1.1 – Estadísticos descriptivos y fiabilidad del SF-36.....	228
6.1.2 – Estadísticos descriptivos y fiabilidad del Brief-Cope.....	231
6.1.3 – Estadísticos descriptivos y fiabilidad del MIPS.....	235
6.2 – Análisis de las diferencias en salud y personalidad según edad y sexo.....	239
6.2.1 – Diferencias en salud física según edad y sexo.....	240
6.2.1.1 – Diferencias en salud física (Consumo de sustancias y Dolencias) según edad.....	240
6.2.1.1.1 – Consumo de sustancias.....	240
6.2.1.1.2 – Dolencias.....	243
6.2.1.2 – Diferencias en salud física (Consumo de sustancias) según sexo.....	244
6.2.1.2.1 – Consumo de sustancias.....	245
6.2.2 – Diferencias en salud psicológica según edad y sexo.....	247
6.2.2.1 Diferencias en salud psicológica (SF-36) según edad y sexo.....	248
6.2.2.2 – Diferencias en Satisfacción (Personal y Vital) según edad y sexo.....	251
6.2.2.2.1 – Diferencias en Satisfacción Personal (familiar, laboral y global) según edad y sexo.....	251
6.2.2.2.2 – Diferencias en Satisfacción Vital ( <i>SLWS</i> ) según edad y sexo.....	254

6.2.2.3 – Diferencias en Indicadores de Roles de género según edad y sexo.....	254
6.2.2.3.1 – Indicadores de Roles de género.....	255
6.2.3 Diferencias en personalidad según edad y sexo.....	257
6.2.3.1 – Diferencias en afrontamiento (Brief-COPE) según edad y el sexo.....	258
6.2.3.2 – Diferencias en estilos de personalidad (MIPS) según edad y el sexo.....	261
6.3 – Análisis de las diferencias en salud y personalidad según tipo de atención sanitaria.....	271
6.3.1– Diferencias en salud física según actividad sanitaria y sexo.....	272
6.3.1.1 – Diferencias en salud física (Consumo de sustancias y Dolencias) según actividad sanitaria.....	272
6.3.1.1.1 – Consumo de sustancias.....	273
6.3.1.1.2 – Dolencias físicas.....	275
6.3.2 – Diferencias en salud psicológica según actividad sanitaria y sexo..	278
6.3.2.1 – Diferencias en SF-36 según actividad sanitaria.....	278
6.3.2.2 – Diferencias en Satisfacción personal según actividad sanitaria.....	281
6.3.2.3 – Diferencias en Satisfacción vital según actividad sanitaria .....	283
6.3.2.4 – Diferencias en los indicadores de Roles de género según actividad sanitaria y sexo.....	286
6.3.2.4.1– Indicadores de Roles de género.....	286
6.3.3 – Diferencias en personalidad según tipo de actividad sanitaria y sexo.....	291
6.3.3.1 – Diferencias en estilos de afrontamiento según actividad .....	291
6.3.3.2 – Diferencias en estilos de personalidad según actividad sanitaria .....	296

**CAPÍTULO 7 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES..... 311**

7.1 – Propiedades psicométricas de los instrumentos.....	312
7.2 – Diferencias según edad y sexo en las variables de salud y personalidad .....	316
7.3 – Diferencias según tipo de actividad/atención sanitaria y sexo en salud y estilos de personalidad.....	340
7.4 – Consideraciones finales.....	363

**CAPÍTULO 8 – LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS... ..... 371**

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 377**

**ANEXOS..... 441**

Anexo I. Consentimiento informado.....	443
Anexo II. Protocolos de evaluación.....	444
Anexo III. Coeficientes de correlación ítem-escala de los instrumentos.....	455



# ÍNDICES DE TABLAS

Tabla 2.1: Competencias del Estado en materia de sanidad.....	78
Tabla 2.2: Organización los dos niveles de asistencia sanitaria (AP/AE).....	80
Tabla 3.1: Revisión bibliográfica de burnout en profesionales sanitarios españoles.....	104
Tabla 3.2: Instrumentos de evaluación de las estrategias de afrontamiento.....	130
Tabla 4.1: Principios evolutivos, funciones de supervivencia y constructo bipolar del modelo de Millon (1998).....	155
Tabla 5.1: Categorías, variables e instrumentos utilizados en la investigación.....	205
Tabla 5.2: Distribución de la muestra según sexo.....	207
Tabla 5.3: Distribución de la muestra según edad.....	207
Tabla 5.4: Distribución de la muestra según estado civil.....	207
Tabla 5.5: Distribución de la muestra según tipo de categoría laboral.....	207
Tabla 5.6: Distribución de la muestra según tipo de actividad sanitaria.....	207
Tabla 5.7: Distribución de la muestra según tipo de contrato.....	208
Tabla 5.8: Distribución de la muestra según horario de trabajo.....	208
Tabla 5.9: Distribución de la muestra según tiempo trabajado.....	208
Tabla 5.10: Definición de las escalas del MIPS y su respectivo constructo bipolar.	219
Tabla 6.1 en Anexo III.....	455
Tabla 6.2: Coeficientes de fiabilidad, medias (M) y desviaciones típicas (DT) de las escalas del <i>SF-36</i> .....	230
Tabla 6.3: Estadísticos descriptivos del <i>Brief-COPE</i> .....	232
Tabla 6.4 en Anexos III.....	455
Tabla 6.5: Coeficientes de fiabilidad de las escalas del <i>Brief-COPE</i> .....	234

Tabla 6.6: Estadísticos descriptivos obtenidos en las escalas del MIPS.....	236
Tabla 6.7 en Anexos III.....	456
Tabla 6.8: Coeficiente de fiabilidad de las escalas del MIPS.....	237
Tabla 6.9: Estadísticos descriptivos de consumo de sustancias.....	241
Tabla 6.10: Porcentajes de consumo de alcohol según edad.....	242
Tabla 6.11: Porcentaje de consumo de tabaco según edad.....	242
Tabla 6.12: Porcentajes de consumo de fármacos según edad.....	243
Tabla 6.13: Frecuencias y porcentajes de consumo de psicofármacos según edad.	243
Tabla 6.14: Medias y desviaciones típicas para dolencias, según edad y sexo.....	244
Tabla 6.15: Porcentajes de consumo de alcohol según sexo.....	245
Tabla 6.16: Porcentaje de consumo de tabaco según sexo.....	246
Tabla 6.17: Porcentajes de consumo de fármacos según sexo.....	246
Tabla 6.18: Frecuencias y porcentajes de consumo de psicofármacos según sexo.	247
Tabla 6.19: Medias y desviaciones típicas para salud SF-36 según edad y sexo...	249
Tabla 6.20: Medias y desviaciones típicas para Satisfacción (Personal y Vital) según edad y sexo.....	253
Tabla 6.21: Medias y desviaciones típicas para afrontamiento Brief-COPE según edad y sexo.....	259
Tabla 6.22: Medias y desviaciones típicas para personalidad MIPS según edad y sexo.....	266
Tabla 6.23: Frecuencias y porcentajes de consumo de alcohol según Atención Especializada (AE) y Atención Primaria (AP).....	273
Tabla 6.24: Frecuencias y porcentajes de consumo de tabaco según actividad sanitaria.....	274
Tabla 6.25: Frecuencias y porcentajes de consumo de fármacos según	

actividad sanitaria.....	274
Tabla 6.26: Frecuencias y porcentajes de consumo de psicofármacos según actividad sanitaria.....	275
Tabla 6.27: Medias y desviaciones típicas para dolencias, según actividad sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP) y sexo.....	277
Tabla 6.28: Medias y desviaciones típicas de salud SF-36 según actividad sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP) y sexo.....	279
Tabla 6.29: Medias y desviaciones típicas de salud Satisfacción Personal según actividad sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP) y sexo.....	282
Tabla 6.30: Medias y desviaciones típicas en Satisfacción con la vida (SWSL) según actividad sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP) y sexo.....	284
Tabla 6.31: Estadísticos descriptivos de los Indicadores de roles de género.....	287
Tabla 6.32: Medias y desviaciones típicas para Horas dedicadas al hogar, según actividad sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP) y sexo.....	288
Tabla 6.33: Medias y desviaciones típicas para número de Horas dedicadas a los hijos, según actividad sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP) y sexo.....	288
Tabla 6.34: Medias y desviaciones típicas para Implicación del cónyuge en las tareas del hogar, según actividad sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP) y sexo.....	289

Tabla 6.35: Medias y desviaciones típicas para Implicación del cónyuge en el cuidados de los hijos, según actividad sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP) y sexo.....	290
Tabla 6.36: Medias y desviaciones típicas de estilos de afrontamiento BRIEF-COPE según actividad sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP) y sexo.....	292
Tabla 6.37: Medias y desviaciones típicas de estilos de personalidad MIPS según actividad sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP) y sexo.....	298
Tabla 7.1: Resumen de los resultados en variables de Salud Física y Psicológica según edad y sexo.....	317
Tabla 7.2: Comparación de Medias aritméticas de Alonso, 1998 de Población General (PG) y Sánchez Ramos, 2015 de Profesionales Sanitarios.....	320
Tabla 7.3: Resumen de las escalas del Brief-COPE en edad y sexo.....	327
Tabla 7.4: Resumen de las escalas del MIPS en edad y sexo.....	333
Tabla 7.5: Resumen de la Salud física y Salud Psicológica en Actividad Sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP) y sexo...	341
Tabla 7.6: Resumen de las escalas del Satisfacción Personal Satisfacción Laboral, Satisfacción Global y Satisfacción vital en Actividad Sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP) y sexo.....	345
Tabla 7.7: Resumen de las escalas del Brief-COPE en Actividad Sanitaria y (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP) sexo.....	350
Tabla 7.8: Resumen de las escalas del MIPS en actividad sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP) y sexo.....	356

# ÍNDICES DE FIGURAS

---

Figura 2.1 Modelo Transaccional de Salud.....	28
Figura 2.2: Consumo de alcohol en población adulta (15 y más años) en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad.....	32
Figura 2.3: Consumo de alcohol con riesgo para la salud según sexo y grupo de edad.....	33
Figura 2.4: Consumo de tabaco en población adulta.....	36
Figura 2.5: Porcentaje de consumo de tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir en las últimas 2 semanas sobre personas que han tomado algún medicamento.....	41
Figura 2.8: Calidad de vida relacionada con la salud. Sacada de Calidad de vida relacionada con la salud. Aspectos conceptuales (Schwartzmann, 2003).....	57
Figura 3.1: Síndrome general de adaptación (Seyle, 1976) .....	98
Figura 3.2: Proceso psicológico del estrés ante una Parada ...Cardio-Respiratoria (PCR).....	100
Figura 3.3. Adaptación de la Teoría del estrés de Lazarus y Folkman (1984).....	119
Figura 3.4: Reacción de estrés según Lazarus.....	124
Figura 4.1: Construcción de la personalidad.....	158
Figura 6.1: Rol emocional (SF-36) según edad y sexo.....	249
Figura 6.2: Satisfacción laboral según edad y sexo.....	252
Figura 6.3: Satisfacción global según edad y sexo.....	253
Figura 6.4: grado de Implicación del cónyuge al cuidado del hogar según sexo..	256
Figura 6.5: grado de Implicación del cónyuge al cuidado de los hijos según sexo	257

Figura 6.6: Religión (Brief-COPE) según edad y sexo.....	259
Figura 6.7: Escalas del MIPS en las que se encontraron diferencias según edad..	263
Figura 6.8: Escalas del MIPS en las que se encontraron diferencias según sexo..	264
Figura 6.9: Expansión (MIPS) según edad y sexo.....	265
Figura 6.10: Adecuación (MIPS) según edad y sexo.....	265
Figura 6.11: Dolencias (salud física) según actividad sanitaria (AE/AP) y seso...	276
Figura 6.12: Satisfacción laboral según actividad sanitaria y sexo.....	282
Figura 6.13: Satisfacción global según actividad sanitaria y sexo.....	283
Figura 6.14: Satisfacción por áreas vitales según actividad sanitaria y sexo.....	284
Figura 6.15: Escalas de Afrontamiento en las que se encontraron diferencias según actividad sanitaria.....	293
Figura 6.16: Reinterpretación positiva según actividad sanitaria.....	294
Figura 6.17: Metas Motivacionales (Expansión) según actividad sanitaria y sexo.....	300
Figura 6.18: Metas Motivacionales (Preservación) según actividad sanitaria y sexo.....	300
Figura 6.19: Modos Cognitivos (Innovación) según actividad sanitaria y sexo...	301
Figura 6.20: Conductas Interpersonales (Sociabilidad) según actividad sanitaria y sexo.....	301
Figura 6.21: Conductas Interpersonales (Indecisión) según actividad sanitaria y sexo.....	302
Figura 6.22: Conductas Interpersonales (Decisión) según actividad sanitaria y sexo.....	302
Figura 6.23: Conductas Interpersonales (Discrepancia) según actividad sanitaria y sexo.....	303

Figura 6.24: Conductas Interpersonales (Sumisión) según actividad sanitaria y sexo.....	303
Figura 7.9: Modelo Teórico Transaccional de Salud, en función de las variables de estudio.....	368





# LISTADO DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

<b>AE</b>	Atención Especializada
<b>ANOVA</b>	Análisis de Varianza
<b>AP</b>	Atención Primaria
<b>APA</b>	<i>American Psychological Association</i>
<b>Brief-COPE</b>	Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento, versión abreviada
<b>CAE</b>	Cuestionario de Afrontamiento del Estrés
<b>CI</b>	Conductas Interpersonales
<b>CODAE</b>	Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud
<b>COPE</b>	<i>Coping Orientation to Problems Experienced</i>
<b>CVRS</b>	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
<b>DT</b>	Desviación Típica
<b>EDADES</b>	Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España.
<b>EESE</b>	Encuesta Europea de Salud en España
<b>ENS</b>	Encuesta Nacional de Salud
<b>ICC</b>	Insuficiencia Cardíaca Crónica
<b>IN</b>	Impresión Negativa
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística

<b>IP</b>	Impresión Positiva
<b>IQOLA</b>	International Quality of Life Assessment
<b>JV</b>	Sanitarios/as Jóvenes
<b>M</b>	Media
<b>MACI</b>	Inventario Clínico para Adolescentes de Millon
<b>M<sub>AE</sub></b>	Mujeres sanitarias de Atención Especializada
<b>M<sub>AP</sub></b>	Mujeres sanitarias de Atención Primaria
<b>MAPI</b>	Inventario de Personalidad para Adolescentes de Millon
<b>MBI</b>	Escala de Autoestima de Rosenberg
<b>MC</b>	Modos Cognitivos
<b>MCMI</b>	Inventario Multiaxial Clínico de Millon
<b>MCS</b>	<i>Mental Component Summary</i>
<b>ME</b>	Sanitarios/as de Mediana Edad
<b>MIPS</b>	Inventario de Estilos de Personalidad de Millon
<b>M<sub>JV</sub></b>	Mujeres sanitarias Jóvenes
<b>M<sub>ME</sub></b>	Mujeres sanitarias de Mediana Edad
<b>MM</b>	Metas Motivacionales
<b>MSC</b>	Ministerio de Sanidad y Consumo
<b>NEO FFI</b>	Inventario de personalidad NEO-Five-Factor Inventory
<b>NHP</b>	Nottingham Health Profile
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PCR</b>	Parada Cardio Respiratoria

<b>PCS</b>	<i>Physical Component Summary</i>
<b>PS</b>	Profesionales Sanitarios
<b>PPS</b>	Prevención y Promoción de la Salud
<b>RCP</b>	Resucitación Cardio Pulmonar
<b>RNAO</b>	Registered Nurses' Association of Ontario
<b>RN4CAST</b>	Studies conducted of nursing resources in Europe
<b>ROCI</b>	Rahim Organizational Conflict Inventory
<b>SATSE</b>	Sindicato de enfermería
<b>SF-12</b>	Health Survey SF-12
<b>SF-36</b>	<i>Health Survey SF-36</i>
<b>SGA</b>	Síndrome General de Adaptación
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>SPSS</b>	Statistical Package for Social Sciences
<b>SWSL</b>	Satisfacción With Life Scale
<b>UCI</b>	Unidad de Cuidados Intensivos
<b>VIH</b>	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
<b>V<sub>AE</sub></b>	Varones sanitarios de Atención Especializada
<b>V<sub>AP</sub></b>	Varones sanitarios de Atención Primaria
<b>V<sub>JV</sub></b>	Varones sanitarios Jóvenes
<b>V<sub>ME</sub></b>	Varones sanitarios de Mediana Edad
<b>WCQ</b>	<i>Ways of Coping Questionnaire</i>
<b>16PF</b>	Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad



# RESUMEN EN ESPAÑOL

---

## **Introducción**

El personal sanitario se enfrenta frecuentemente a situaciones estresantes en su entorno laboral. El estrés está determinado por: 1) las situaciones potencialmente estresantes de los entornos sanitarios (Spence Laschinger & Finegan, 2008) tanto de atención especializada (hospitales) como de atención primaria (centros de salud) donde nos encontramos con el sufrimiento y la muerte, la falta de recursos materiales, las largas jornadas con horarios irregulares, la falta de promoción profesional, etc. (Mingote Adan, Moreno Jiménez & Gálvez Herrer, 2004); y 2) por las características del individuo que valora la situación y los recursos con que cuenta para afrontarla. Cuando las estrategias de afrontamiento no son las adecuadas, el estrés tendrá consecuencias desfavorables, tanto para el individuo como para la organización.

Esta investigación surge del escaso desarrollo del estudio de la personalidad en personal sanitario. En este caso, se elige el modelo de personalidad de Millon (Millon, 2000) porque permite un análisis depurado de la personalidad y proporciona un marco teórico sobre el que interpretarla. Además, son escasos los estudios que han analizado las interacciones del contexto laboral (atención especializada y atención primaria) y las características individuales (sexo, edad, estilos de personalidad y estilos de afrontamiento) en personal sanitario. La personalidad juega un papel modulador en la autopercepción del bienestar psicológico en las diferentes áreas vitales (laboral y familiar). La satisfacción no sólo está relacionada con los aspectos conductuales de la personalidad, las relaciones interpersonales en el modelo de Millon, sino con los

aspectos motivacionales y los estilos de cognición (Díaz-Morales & Sánchez-López, 2002).

## **Objetivos**

El objetivo inicial de esta investigación es analizar si los índices psicométricos de los instrumentos de medida (SF-36, Brief-COPE y MIPS) cumplen con los requisitos necesarios para su uso como medida en personal sanitario.

El objetivo general de esta investigación es analizar qué dimensiones de la personalidad se asocian a estos tipos de atención sanitaria (atención especializada y atención primaria) que suceden en un entorno laboral sanitario y cómo repercuten sobre su salud.

Por tanto, en este trabajo se examinan las interacciones entre el contexto (atención especializada y atención primaria) y las características personales (edad, sexo, estilos de personalidad y estilos de afrontamiento) en personal sanitario. Se trata de conocer los estilos de personalidad de los profesionales sanitarios (médicos/as, enfermeros/as, auxiliares de enfermería y fisioterapeutas) y describir las diferencias entre salud y personalidad según la edad, el sexo y la actividad sanitaria que desempeña el personal sanitario.

## **Metodología**

A un total de 211 profesionales de la salud de diferentes hospitales (atención especializada) y centros de salud (atención primaria), se les administraron un cuestionario de elaboración propia para las variables sociodemográficas, para las variables de salud física (cuestionario de consumo de sustancias, cuestionario de dolencias físicas y cuestionario de salud autopercebida), para las variables de salud psicológicas (cuestionario de salud SF-36, cuestionario de satisfacción personal y

cuestionario de satisfacción vital), y para las variables de personalidad (cuestionario de Brief-COPE y el MIPS).

## **Conclusiones**

Los instrumentos de evaluación utilizados (SF-36, Brief-COPE) son adecuados para su uso en población sanitaria, aunque el MIPS presenta baja fiabilidad en las escalas (1A-Expansión, 3B-Protección, 4A-Extraversión y 5A-Sensación). Según Fachel y Camey (2000), algunos factores pueden afectar a la fiabilidad del test y que por tanto, deben ser verificados: el uso impreciso de las palabras; extensión exagerada del ítems; uso de palabras desconocidas o poco familiares; estructura defectuosa de la frase y uso de doble negación (Dresch et al., 2005). También, se han encontrado los índices de consistencia interna del MIPS más bajos en las escalas 5A-Sensación, 5B-Intuición, 10A-Discrepancia y 10B-Conformismo, en un grupo de mujeres chilenas (Rivas Díez, 2011).

Existen estilos diferenciales de personalidad en sanitarios/as con respecto a los estilos de personalidad poblacional. Las diferencias de sexo/género en personalidad a nivel de la población general en el modelo de Millon cabe esperar en dos escalas; Individualismo (favoreciendo a los varones) y Protección (favoreciendo a las mujeres). Sin embargo los resultados de esta investigación afirman que son los varones sanitarios los que están motivados a satisfacer primero a los demás (Protección, Sentimiento y Aquiescencia) y las mujeres sanitarias utilizan más la lógica (Pensamiento). Parece que los patrones de intereses de varones y mujeres en iguales ocupaciones (profesionales sanitarios mayoritariamente mujeres) sean más similares que los de personas del mismo sexo en profesiones diferentes.

Por otra parte, los resultados de la interacción sexo\*actividad sanitaria, apoyan las propuestas de los modelos integradores de la salud, en donde las variables de la

persona (edad, sexo y personalidad) y el contexto (atención especializada y atención primaria) son factores que en su interacción determinan el modo de adaptación al contexto sanitario y cuyas consecuencias se verán reflejadas en la salud (física y psicológica) de los profesionales sanitarios. Esta Tesis Doctoral por tanto, trata de buscar la armonía de las relaciones entre las variables de personalidad y salud, en la muestra de profesionales sanitarios fundamentado en el modelo teórico transaccional de salud de (Bruchon-Schweitzer, 2002) descrito en el capítulo 2, Salud; la interacción de las características contextuales y las características individuales.

Finalmente, este estudio pone de manifiesto la idoneidad de elaborar programas de intervención para empoderar a los profesionales sanitarios mejorando su propia salud y la de sus pacientes. Se trataría de intervenir clínicamente sobre las estrategias de afrontamiento, ya que constituyen factores modificables. De manera que, dichos recursos personales se pueden entrenar no sólo a nivel individual, sino también grupal, mediante programas promovidos desde las propias organizaciones sanitarias, con el objetivo de aumentar y mejorar la salud del personal sanitario. Los efectos positivos de dichos programas redundarían tanto en los profesionales, como en las propias organizaciones sanitarias, ya que se vería mejorada la calidad de los cuidados recibida por los pacientes y la propia satisfacción personal y vital de los/as sanitarios/as. Asimismo, la mejora del bienestar percibido de los profesionales sanitarios no sólo predeciría importantes porcentajes de éxito en su ámbito laboral, también se vería reflejado en su ámbito personal y familiar.



# RESUMEN EN INGLÉS

---

**Title:** Personality styles, coping and satisfaction with health professionals in relation to health

## **Introduction**

The health staff frequently deal with stressing situations in their workplace. The stress is determined by: 1) potentially stressing situations in the health environments such as (Spence Laschinger & Finegan, 2008) specialist healthcare (hospitals) and primary healthcare (medical centres) where the staff have to deal with suffering, death, lack of resources and materials, long shifts, irregular working hours, lack of promotions etc. (Mingote Adan, Moreno Jiménez & Gálvez Herrer, 2004); And 2) the staff individual characteristics, its own evaluation of each situation and the resources available for them to cope with the situation. When the coping strategies are not the appropriate ones, the stress will result in unfavourable consequences for the individual staff but also for the whole organization.

This research arise from the limited development of personality studies on health staff. In this case, the Millon personality model is chosen (Millon, 2000) because it allows a refined personality analysis and provides a theoretical framework for its interpretation. Furthermore, there are limited studies available that analysed the interactions between the workplace context (specialist care and primary care) with the personal characteristics (Gender, age, personality, coping styles) of heath staff. The personality plays a modulator role on the psychological wellbeing self-perception of the life areas (work and family). The satisfaction is not only related with behavioural aspects of the personality (the interpersonal relationships in the Milton Model), but also with the motivational aspects and the cognitive styles (Díaz-Morales & Sánchez-López, 2002).

## **Aims**

The initial aim of this research is to analyse if the psychometric indexes of the measuring tools (SF-36, Brief-COPE y MIPS) meet the requirements for their use as a measuring tool for health staff.

The general aim of this research is to analyse which personality dimensions are associated with the different types of healthcare (specialist care and primary care) that take place in the health workplace and how they affect the staff personal health.

Accordingly, the interactions between the workplace context (specialist care and primary care) with the personal characteristics (Gender, age, personality, coping styles) of health staff are analysed in this study. The goal is to recognise the health staff personality styles (Medical doctors, nurses, nursing assistants and physiotherapists) and describe the differences between health and personality depending on age, gender and the healthcare activity performed by the staff.

## **Materials and Methods**

The sample is composed by 211 healthcare staff from several hospitals (specialist care) and medical centres (primary care).

The 211 health staff were given:

- 1) One self-elaborated survey for the socio-demographic variables.
- 2) Three surveys for the physical health variables (substance consumption survey, physical conditions survey and health self-perception survey).
- 3) Three surveys for the psychological health (SF-36 health survey, personal satisfaction survey and vital satisfaction survey).
- 4) Two surveys for the personality variables (Brief-COPE survey and the MIPS survey).

## **Conclusions**

The evaluation tools used in this study (SF-36, Brief-COPE) are appropriate to be used by health staff. However the MIPS survey shows low reliability in the scales (1A-Expansion, 3B-Protection, 4A-Extraversion y 5A-Emotion). According to Fachel y Camey (2000), there are several factors that can have an impact on the reliability of the test. Therefore, these factors such as: the ambiguous answers, excessive extension of items, the use of unknown/unfamiliar words and terms, defective structure of the sentences and the use of double negative, have to be verified (Dresch et al., 2005). Additionally, the lowest levels of internal consistency index in the following scales: 5A-Emotion, 5B-Intuition, 10A-Discrepancy y 10B-Conformity were found in a group of Chilean women (Rivas Díez, 2011).

There are differential personality styles in health staff in relation to general population personality styles. According to the personality differences based on gender at the level of the general population from the Milton Model is expected in two scales: Individualism (favouring males) and protection (favouring females). However the results from this study suggest that it is the male health staff group the one that would be motivated to satisfy others needs first (Protection, Emotion and Acquiescence), and the female health staff group use more the logic (thought). This study suggests that the interests patterns from males and females in similar roles (there is a higher percentage of female health staff) are more similar than the interests patterns of same gender in different roles/Jobs.

In addition to that, the results from the gender\*health activity interaction support the proposals from health conciliatory models where the individual variables (age, gender and personality) and the context (specialist care and primary care) are the factors that in its interaction determine the adaptation manner to the health context and which consequences will be reflected in the health (physical and psychological) of the health staff. This Doctoral Thesis seeks to find the harmony of the relationships between the personality and health variables in the health staff sample, based on the theoretical transactional health model from (Bruchon-Schweitzer, 2002) described in chapter 2, Health; the interaction between the contextual and personal characteristics.

Finally, this study brings to light the suitability of elaborating intervention programs, to empower the health professionals by improving their own health and their patients. There should be a clinical intervention regarding the coping strategies, because they constitute adjustable or adaptable factors. These individual resources can be trained not only at the individual level but also at the group level. This can be achieved by programs promoted by the health organizations themselves, with the goal of increase and improve the health of the health staff. The positive effects that could be achieved by these programs would show results in the health professionals but also in the health organizations because it would improve the quality of the healthcare experienced by the patients but also it would improve the vital and personal satisfaction of the health staff. Likewise, the improvement of the wellbeing noticed by the health staff would not only predict important success rates in the workplace, but also it would be reflected in the health staff personal and family areas.



**PARTE I**

**CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA**



# **CAPÍTULO 1**

## **INTRODUCCIÓN**





# 1 – INTRODUCCIÓN

---

## 2.1– JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Toda investigación empieza siempre con el planteamiento de uno o varios problemas que lleva a interesarse por un ámbito poco estudiado o con aspectos a clarificar. En este caso, la investigación que se presenta surge como perspectiva futura durante el proceso del Trabajo Fin de Máster, dentro del Máster Mujeres y Salud de la Universidad Complutense de Madrid, bajo la supervisión del Prof. Dr. Juan Francisco Díaz Morales en el marco del estudio de las relaciones de los Estilos de Personalidad y Satisfacción en cuidadores. A partir de entonces surge la curiosidad sobre cómo serían esas relaciones en los profesionales sanitarios y cómo repercutirían sobre su salud.

Si se tiene en cuenta, que las profesiones sanitarias son de las más expuestas a múltiples situaciones de adversidad, nos planteamos cómo el modo de afrontar esas situaciones estresantes influye en la salud de los profesionales sanitarios; por tanto nos preguntamos, si son los profesionales sanitarios los que desarrollan estrategias de afrontamiento para adaptarse a las necesidades diarias de su actividad sanitaria, o si por el contrario, son las características personales de los profesionales sanitarios las que definen a estos profesionales de la salud.

En este escenario, se pretenden estudiar los estilos de personalidad, los modos de afrontamiento y la satisfacción autopercebida en diferentes tipos de entornos laborales donde desarrollan sus actividades los profesionales sanitarios. Esta Tesis Doctoral por tanto, tratará de analizar la interacción entre el contexto (Atención Especializada y Atención Primaria) y las características personales (sexo, edad, estilos de personalidad y afrontamiento) de los profesionales sanitarios (PS, a partir de ahora).

Además del objetivo de analizar las características de la persona (estilos de personalidad y estilos de afrontamiento) y la salud (física y psicológica) en profesionales sanitarios, se plantean tres objetivos más. Un objetivo previo, para analizar las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados y asegurar la fiabilidad de éstos. Un segundo objetivo, que consiste en analizar las diferencias en variables de salud (física y psicológica) y personalidad (estilos de afrontamiento y estilos de personalidad) según edad y sexo. Un tercer objetivo, que consiste en analizar las diferencias en variables de salud y personalidad (estilos de afrontamiento y estilos de personalidad) según actividad sanitaria de atención especializada (AE) y atención primaria (AP).

Cabe destacar, que se desconocen otros estudios que apliquen el modelo de personalidad de Millon para analizar las relaciones entre las variables de persona y salud en profesionales sanitarios; se eligió este modelo porque describe la personalidad en términos no sólo estructurales sino dinámicos, además este modelo representa una aproximación dimensional de la personalidad normal y responde a una perspectiva integradora biopsicosocial, evolucionista, cognitiva y ecológica. Asimismo, son escasos los estudios que han analizado las relaciones entre las variables de persona y salud en profesionales sanitarios según la actividad sanitaria (AE/AP); entendiéndose por Atención Especializada (AE a partir de ahora), aquella actividad laboral que desarrollan los profesionales sanitarios en un medio hospitalario y Atención Primaria (AP a partir de ahora), aquella actividad laboral que desarrollan los profesionales sanitarios en un Centro de Salud.

En cuanto a la muestra de profesionales sanitarios (médicos/as, enfermeros/as, auxiliares de enfermería y fisioterapeutas), este estudio tiene las limitaciones y dificultades habituales derivadas de la escasa representación masculina (20.4%) de la

profesión y una presencia importante de mujeres (79.6%). La feminidad ha estado siempre ligada a las prácticas humanas en relación a la salud, de hecho, en la mayoría de las culturas el cuidado se ha relacionado con las mujeres y la curación con los hombres, si bien, en las últimas décadas cada vez es mayor la presencia de mujeres en la medicina.

Sin embargo, a pesar de la diferencia en tamaño muestral entre varones y mujeres, en esta investigación se ha tenido en cuenta la homogeneización en cuanto al tipo de actividad sanitaria, estando la muestra representada por el 52.6% por profesionales sanitarios de Atención Especializada (AE) y el 47.4% por profesionales sanitarios de Atención Primaria (AP).

En cuanto al contexto laboral sanitario (actividad/situación), múltiples son los estudios que justifican la elevada presencia del estrés y sus consecuencias, aludiendo a las características específicas de los profesionales sanitarios: frente al dolor, a la muerte, a la enfermedad terminal, situaciones de emergencia vital, las demandas y presiones laborales, conflicto de rol, situaciones con pacientes problemáticos, etc., (De Pablos, 2007; Gil-Montes, 2008) también han sido estudiadas en multitud de publicaciones las consecuencias que puede tener el estrés sobre la organización (absentismo, rotaciones, riesgos de accidentes y/o abandono del puesto, etc.) y sobre la salud física y psicológica (Arrogante, 2014; Gil-Montes, 2002; Miró, Solanes, Martínez, Sánchez & Rodríguez, 2007).

En Atención Especializada (AE) han sido analizadas las unidades de cuidados intensivos y de urgencias, por estar presentes en ellas numerosas fuentes de estrés, como son la alta tecnificación, eventos críticos, gravedad de los pacientes, información de malas noticias a la familia, etc., (Badger, Royse & Craig, 2008; Davidson, Powers, Hedayat, Tieszen, Kon, Shepard & Armstrong, 2007; Lederer, Kinlz, Traweger, Dosch

& Summann, 2008). Dentro de los profesionales sanitarios, es el personal de enfermería como agentes proveedores directos de los cuidados los que son especialmente vulnerables a los efectos del estrés. Así, Harrison, Loiselle, Duquette y Semenic, (2002) resaltan que en la profesión de enfermería se experimenta mayor malestar psicológico que en la población general. Y, aunque los profesionales sanitarios de Atención Primaria (AP) han sido menos estudiados en cuanto al nivel de estrés (la relación directa con el paciente y la familia, el conflicto de roles, entornos y relaciones adversas en los domicilios, etc.) sin embargo, se han encontrado niveles de burnout mayores en médicos/as de AP que en médicos/as de AE (Martínez de la Casa Muñoz, Magaña Loarte, Franco Moreno & Segura Frago, 2003), posiblemente tenga que ver el grado de implicación emocional con el paciente que es más acusado en AP, dado que la relación directa con el paciente y la familia es muy cercana, continuada y globalizada, lo cual está directamente relacionado con el factor de cansancio emocional. No obstante, el trabajo interdisciplinar y la continuidad asistencial (entre atención especializada, AE y atención primaria, AP) generan mejores resultados clínicos e incrementan la satisfacción de los usuarios y de los profesionales (Corrales-Nevado, Alonso-Babarro & Rodríguez-Lozano, 2012; Fernández-Moyano, García Garmendia, Palmero Palmero, García Vargas-Machuca, Páez Pinto, Álvarez Alcina,... & Vallejo Maroto, 2007; Güell, Antón, Rojas-García, Puy & Pradas, 2013; Sánchez-Martín, 2014).

Otras investigaciones han analizado la salud en personal sanitario y han obtenido mejores puntuaciones en salud general comparados con la población general (Burgos Díez, Ruíz-Albi, Queipo-Burón, Rescalvo, Martínez-León, Amo-Merino & Burgos-Díez, 2012; Kheiraoui, Gualano, Mannocci, Boccia & La Torre, 2012); aunque existe amplia evidencia sobre la menor puntuación que presentan las mujeres en salud

autopercebida (Sánchez-López, Aparicio & Dresch, 2006; Sánchez-López, Cuellar-Flores & Dresch, 2012), pero poco se sabe acerca de las diferencias de las distintas situaciones/actividad sanitaria AE/AP (Atención Especializada y Atención Primaria) que se presentan en esta Tesis Doctoral. De ahí que la presente investigación pretenda contribuir a un mayor conocimiento de las características personales (estilos de personalidad y afrontamiento) de los profesionales sanitarios y de las características contextuales (laboral, AE/AP; y familiar) para averiguar cómo repercuten estas dimensiones de la personalidad sobre su salud.

Al igual que existe evidencia científica que apoya la relación entre la personalidad resistente, el síndrome de burnout y sus consecuencias sobre la salud, en personal de enfermería (Arrogante, 2014; Ríos, Godoy & Sánchez Meca, 2011; Ríos, Sánchez Meca & Godoy, 2010), se desconocen investigaciones en profesionales sanitarios que evalúen las diferencias entre la personalidad según el modelo dimensional de Millon (1994) y el afrontamiento según la concepción teórica de Carver, Scheier y Weintraub (1989); con repercusión sobre su salud.

En un grupo de estudiantes de medicina de California, antes de iniciar el primer año de medicina y al finalizar el mismo, se observó cómo la salud física y el bienestar psicológico se redujo a lo largo de ese año. Aunque cuando utilizaban estrategias de afrontamiento centradas en el problema y centradas en la emoción su salud física se deterioró menos. Este estudio demuestra la utilidad de medir estrategias de afrontamiento y la capacidad predictiva de afrontamiento en la salud física en una población sana (Park & Adler, 2003). De ahí que, en esta Tesis Doctoral se evalúen las estrategias de afrontamiento en los profesionales sanitarios para analizar la posible repercusión sobre su salud.

Por todo esto, surge el interés de llevar a cabo esta investigación que pretende analizar la interacción entre diferentes tipos de actividades/situaciones (Atención Especializada y Atención Primaria) y las disposiciones (estilos de personalidad y afrontamiento) en la salud, ya que parece conveniente poder identificar cómo las variables de la persona en interacción con las variables contextuales afectan en la salud de los profesionales sanitarios.

## **1.2 – PRESENTACIÓN GENERAL DEL TRABAJO**

El contenido de esta Tesis Doctoral se divide en dos partes: la primera incluye la Contextualización Teórica y la segunda la Investigación Empírica. La Parte I se compone de cuatro capítulos, incluyendo esta Introducción (Capítulo 1), que se perfilan a continuación.

En el Capítulo 2, se presenta el concepto de Salud desde un punto de vista biopsicosocial, la salud en los profesionales sanitarios y los contextos sanitarios (actividad de la Atención Especializada y la Atención Primaria) del Sistema Nacional de Salud. Además, se realiza una revisión sobre los factores relacionados con el sexo/género a la hora de abordar el estudio de la salud de las mujeres y de los hombres sanitarios, para continuar con los capítulos 3 y 4 y poder estudiar la relación entre las variables de personalidad y salud en profesionales sanitarios.

En el Capítulo 3, se presenta el contexto sanitario como fuente de estrés, se detallan los conceptos y teorías para describir el fenómeno, se aportan estudios referentes a profesionales sanitarios y, por último, se analiza el concepto de Afrontamiento y su relación con la salud. El modelo de afrontamiento utilizado en esta

investigación está basado en el modelo Transaccional del Estrés de Lazarus y Folkman (1984) y el modelo de autorregulación de Carver et al. (1989).

En el Capítulo 4, se analiza el concepto de Personalidad y satisfacción. El modelo de personalidad de Theodore Millon y el Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (1990) es el que se ha utilizado en esta investigación que presenta una visión bio-psico-social, con un enfoque capaz de aunar los modelos biológicos, dinámicos, funcionales, cognitivos e interpersonales. La personalidad juega un papel modulador en la autopercepción del bienestar psicológico en las diferentes áreas vitales (laboral y familiar). La satisfacción no sólo está relacionada con los aspectos conductuales de la personalidad, las relaciones interpersonales en el modelo de Millon, sino con los aspectos motivacionales y los estilos de cognición (Díaz-Morales & Sánchez-López, 2002). Además, se presenta una revisión sobre la personalidad (estilos de personalidad, estrategias de afrontamiento y satisfacción) y salud de los profesionales sanitarios.

La Parte II de este trabajo, Investigación Empírica, está compuesta por Cuatro capítulos. El Capítulo 5, describe los objetivos e hipótesis correspondientes a contrastar. Destacaremos que el objetivo nº 2, lleva asociado 6 hipótesis y el objetivo nº 3 lleva asociado 5 hipótesis por su complejidad de las relaciones de las variables de estudio. Además, en este capítulo se explica la metodología utilizada en el proceso de selección de la muestra. Se describen los instrumentos utilizados, los procedimientos y los métodos estadísticos que se han empleado para el análisis de los datos.

El Capítulo 6 recoge los resultados a partir de los tres objetivos planteados, el primer objetivo para analizar las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados en la población de estudio. El segundo objetivo para analizar las diferencias en variables de salud física y psicológica y personalidad según edad y sexo. El tercer objetivo para analizar las diferencias en variables de salud y personalidad (estilos de

afrontamiento y estilos de personalidad) según actividad sanitaria de atención especializada (AE) y atención primaria (AP).

En el Capítulo 7 se razonan y se discuten los resultados expuestos en el capítulo anterior y se argumentan algunas conclusiones a las que se llega en esta investigación.

El Capítulo 8 finaliza la redacción de esta Tesis Doctoral con las limitaciones encontradas, y se añaden algunas de las futuras perspectivas de estudio derivadas de las conclusiones obtenidas.



## **Capítulo 2**

# **SALUD, EL CONTEXTO SANITARIO (AE/AP) Y LOS ROLES DE GÉNERO EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS**



## **2 – SALUD, EL CONTEXTO SANITARIO (AE/AP) Y LOS ROLES DE GÉNERO EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS——**

En esta investigación se estudian las interacciones entre las características de personalidad (estilos de personalidad y estilos de afrontamiento) y de la situación (AE y AP) en relación con la salud en profesionales sanitarios, concretamente en médicos/as, enfermeros/as, auxiliares de enfermería y fisioterapeutas, de Atención Especializada (Hospitales públicos de la comunidad de Madrid) y de Atención Primaria (Centros de Salud dependientes de la Gerencia de Atención Primaria, de la Comunidad de Madrid), por lo que se ve la necesidad de dedicar en esta parte de revisión teórica, un capítulo a la salud desde una óptica biopsicosocial describiendo la salud física y psicológica de los profesionales sanitarios y, además explicar las peculiaridades del contexto/situación laboral donde desarrollan la actividad sanitaria estos profesionales, para finalmente tener una visión general de la estructura sanitaria española en su conjunto y de una parte de la realidad de los entornos laborales de los profesionales sanitarios de la Comunidad de Madrid.

Los sistemas de atención sanitaria están sometidos a una presión que va en aumento, dado que han de controlar los costes e incrementar la productividad, al tiempo que dan respuesta a las numerosas demandas de las poblaciones en procesos de

crecimiento, envejecimiento, enfermedades crónicas y nuevas tecnologías. Si a todo esto, añadimos que los profesionales sanitarios en su práctica habitual están cercanos al sufrimiento, al dolor, a la muerte y, que trabajan a turnos teniendo dificultades para conciliar la vida familiar y laboral, podemos pensar que estas peculiaridades de los entornos laborales puedan repercutir sobre su salud.

## **2.1 - CONCEPTO DE SALUD**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), definió la *Salud* como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades o discapacidades” (OMS, 1948. p.1).

Las ventajas de esta definición planteada por la OMS, es la visión holística al introducir los conceptos “físico, mental y social”, lo que permite complementar el modelo biologicista y la perspectiva biomédica de la salud (Alcántara Moreno, 2008; Moreno-Altamirano, 2007), la visión positivista del término y la apertura a múltiples disciplinas para el estudio de la complejidad del concepto de salud.

Las desventajas o críticas de esta definición de salud, es su carácter subjetivo y de difícil medición del término “bienestar” (San Martín & Pastor, 1988), por el concepto de “completo bienestar”, que no contempla la variación en el estado de salud, por ser utópica (Carmona, Rozo & Mogollón, 2005) y además porque no tiene en cuenta el modo de vida del individuo (Pardo, 1997).

De manera que se introduce un cambio en la definición desde de la propia OMS, dentro del programa “Estrategia de Salud para todos en el año 2000”, donde se plantea como principal objetivo “que todos los habitantes del mundo tengan acceso a un nivel

de salud que les permita desarrollar una vida productiva social y económicamente” (Resolución OMS. 30.43., 1977) y, de esta manera abandona la visión utópica de la definición inicial.

Desde esta perspectiva, se entiende que el concepto de salud se haya estudiado de forma multidisciplinar. La Antropología explica el concepto de salud desde la cultura. La Medicina parte del conocimiento del organismo sano, e incluye el estudio de manifestaciones y alteraciones de la salud, definiendo así la enfermedad; también la Enfermería desde el *cuidado* actúa en población sana (promoción de la salud y prevención de la enfermedad) y en población enferma (realización de cuidados al individuo, la familia y la comunidad, encaminados a restablecer la salud, mejorar la calidad de vida y a propiciar cuidados para una muerte digna). La Psicología estudia los factores psicológicos que favorecen, desencadenan o intervienen en el proceso de enfermar. La Sociología se encarga de estudiar como el entorno social (la familia, las relaciones laborales, etc.) influyen sobre el estado de salud del individuo. La Política analiza las relaciones entre los sistemas sanitarios implantados y los niveles de salud conseguidos en la sociedad. Por tanto, el concepto de salud se estudia de manera integral desde las Ciencias de la Salud, aportando conocimientos del proceso de salud-enfermedad.

Existen múltiples modelos teóricos que explican la relación entre salud y enfermedad a lo largo de la historia (modelos ambientalistas, biomédico, psicoanalista, biopsicosocial, etc.), pero fue la Organización Mundial de la Salud (OMS) la que propuso pasar del modelo biomédico al biopsicosocial para el siglo XXI. De manera que, la salud es responsabilidad tanto del individuo como de la comunidad, a partir de las acciones sociales y políticas. Y tiene tanta importancia el concepto de enfermedad,

desde su prevención, como el de salud, desde la promoción, por lo que se hace necesario un enfoque multidisciplinar para abordar este proceso.

A partir del Modelo biopsicosocial surge una nueva disciplina denominada Psicología de la Salud, cuyo fin será estudiar como la salud está influenciada por variables biopsicosociales. Fue la *American Psychological Association* (APA), quien crea en 1977, la disciplina de Psicología de la Salud, siendo Stone uno de los primeros autores que recogen el objeto de estudio de esta ciencia (Stone, Cohen & Adler, 1979).

En el verano de 1978 tras unas reuniones coordinadas por Weiss, Matarazzo y Stone, se aprueba la creación de la División de Psicología de la Salud (División 38), cuyos objetivos principales eran: promover, a partir de la investigación la disciplina de la Psicología en la comprensión de la salud y la enfermedad; aunar la información médica con el conocimiento psicológico; informar a la comunidad científica y al público en general, los resultados en esta área y, favorecer los servicios especializados en la psicología de la salud. En base a estos trabajos, Matarazzo define la Psicología de la Salud como: “El agregado de las contribuciones educativa, científica y profesional de la disciplina de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas” (Matarazzo, 1980; p.815).

Como consecuencia de este momento aparece un importante desarrollo de esta disciplina; en 1982 se publica el primer número de la revista de la Psicología de la Salud *Health Psychology*; en 1983 tienen lugar la primera conferencia americana sobre la formación y entrenamiento de psicólogos de la salud y se incrementa en número de

investigaciones que recogen las publicaciones más destacadas en este campo (Amigo, Fernández & Pérez, 2003; Oblitas, 2010; Oblitas, 2006).

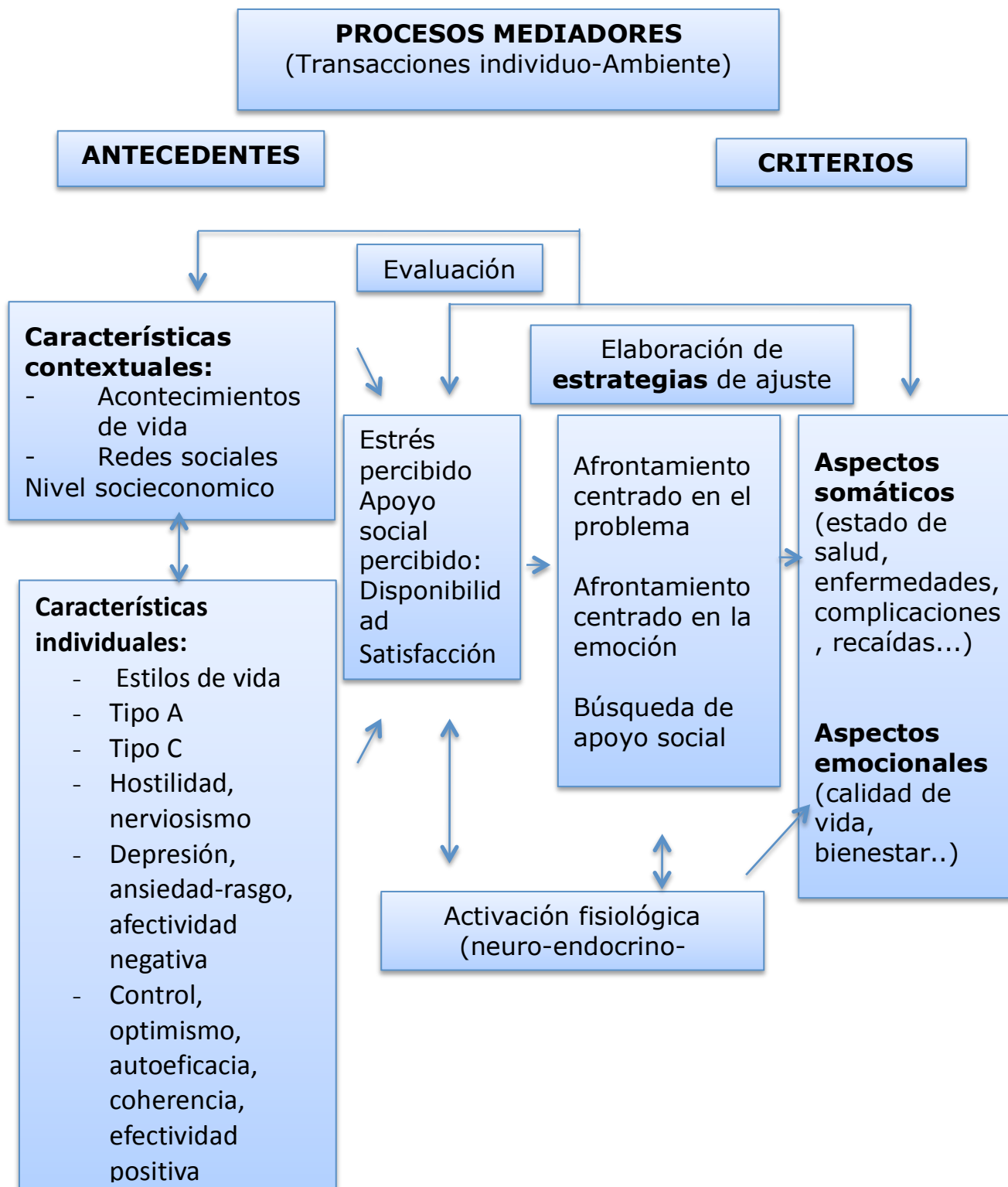
### **2.1.1 – Modelo transaccional de la Psicología de la Salud**

La Psicología de la Salud surge con el objetivo de unir dos esferas fundamentales de la ciencia: por una parte lo fundamentalmente biológico, que ha estado bajo el dominio de la medicina y de otra parte lo específicamente psicológico, estudiado por la psicología (Ballester-Arnal, 1997; Branon & Feist, 2001).

Partiendo de la Psicología de la Salud, se desarrolla el Modelo Transaccional de la Salud propuesto por Bruchon-Schweitzer (2002), cuyos objetivos son: prevención y promoción de conductas saludables; evolución y remisión de las enfermedades; y la comprensión de los modelos biopsicosociales que condicionan el proceso salud-enfermedad.

Bruchon-Schweitzer propone un modelo integrador donde se aúnan el modelo biomédico, la corriente psicosomática (cómo ciertas patologías se asocian a determinados tipos de personalidad), el enfoque epidemiológico (factores sociodemográficos y comportamientos de riesgo que predisponen a enfermar), el modelo biopsicosocial, el modelo interaccionista (el comportamiento individual está determinado tanto por características personales como por variables situacionales, que serán beneficiosas o perjudiciales a la salud) y el modelo transaccional (basado en el modelo creado por Lazarus y Folkman sobre los procesos cognitivos, emocionales y conductuales que utiliza el individuo para afrontar una situación aversiva). En la figura

2.1 presentamos el Modelo Transaccional de salud con las variables estudio, propuesto por Bruchon-Schweitzer (2002).



Fuente: Bruchon-Schweitzer (2002)



Tal y como se representa en la figura 2.1, la autora propone la existencia de un grupo de antecedentes que van a contribuir a la explicación de una parte de la varianza en el grupo de criterios. Los antecedentes se dividen en: factores ambientales y sociodemográficos que rodean al individuo (es decir, lo que el individuo experimenta) y factores individuales, psicosociales y biológicos (lo que el individuo es).

Partiendo del marco de la Psicología de la Salud, la investigación que se presenta en este trabajo se centra en analizar las relaciones de los estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento sobre la salud de los profesionales sanitarios. Tomando como base este modelo, la personalidad estaría recogida en las características individuales del sujeto, formando parte de una red en la que recibe y produce influencia sobre las características contextuales (acontecimientos de vida, redes sociales, nivel socioeconómico, contexto/entorno laboral [AE/AP] y familiar), lo cual influye sobre el estrés percibido y como consecuencia influirá sobre el desarrollo de las estrategias de afrontamiento. Este complejo proceso revertirá en el estado de salud del individuo, tanto en los aspectos somáticos como en los aspectos emocionales, que son el estado de salud física, psicológica y social del individuo.

A lo largo de esta Tesis Doctoral se describen las variables antecedentes y criterios y como la bibliografía estudiada analiza la relación entre ellas en profesionales sanitarios. A continuación, se desarrolla la información revisada sobre la salud física y psicológica en población general y de manera particular en profesionales sanitarios.

## **2.2 – SALUD FÍSICA EN EL ÁMBITO SANITARIO**

En la bibliografía consultada para analizar la salud física de los individuos se han utilizado diferentes indicadores de salud, que como parámetros estadísticos permiten conocer de una manera objetiva el estado de salud del individuo. Entre ellos se encuentra la esperanza de vida al nacer, la tasa de morbilidad por enfermedad, los estilos de vida, etc., en este apartado se recogen aquellos indicadores más relevantes y frecuentes utilizados para analizar la salud física de los individuos.

La salud física, se ha medido aplicando los siguientes índices: consumo de sustancias, las dolencias físicas y salud autopercebida, siendo dichas variables objeto de estudio de esta investigación.

### **2.2.1 – Consumo de sustancias**

Por consumo de sustancias suele hacerse referencia al consumo de alcohol, consumo de tabaco y de fármacos/ psicofármacos en población general y en profesionales sanitarios.

#### **Consumo de alcohol**

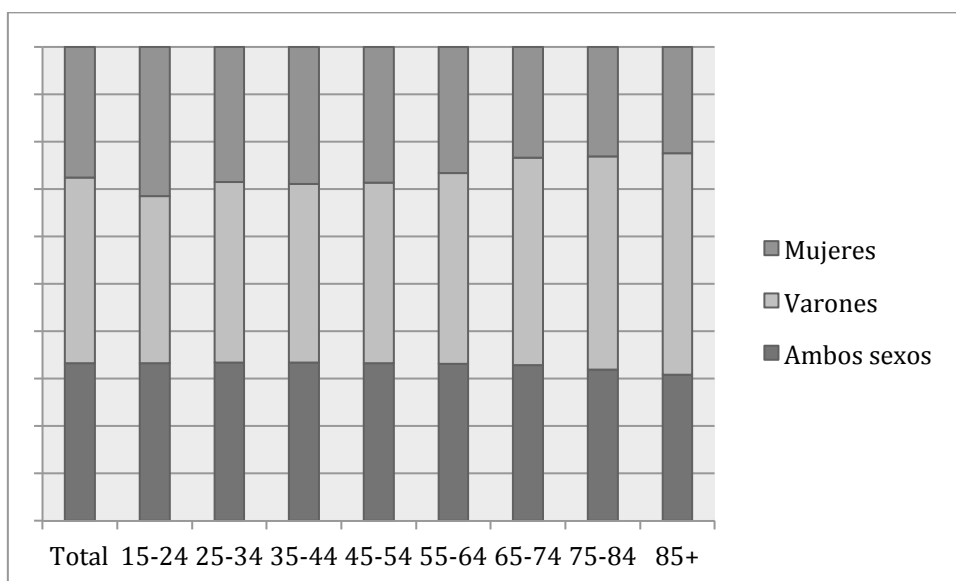
Uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial lo constituye el consumo de alcohol, observándose un aumento del consumo en la mayoría de los países, ocasionando una gran demanda de servicios sociales y de salud. Europa presenta el consumo más elevado de alcohol de todo el mundo. El consumo de alcohol en España

nos sitúa entre el tercer y quinto puesto mundial de los países que más consumen bebidas alcohólicas (Bobes, Casas & Gutiérrez, 2003).

El patrón de consumo de alcohol en España ha ido cambiando a lo largo del tiempo; hace unas décadas el consumidor habitual era un varón adulto, que preferentemente consumía vino habitualmente a diario (estilo mediterráneo). En la actualidad, el modelo de consumo adulto, se caracteriza por la regularidad del consumo asociado a la gastronomía y/o eventos sociales, con un cambio de preferencia del vino a la cerveza (consumo anglosajón). Y un modelo de consumo joven que se concentra en los fines de semana con grandes cantidades de ingesta de alcohol (preferentemente cervezas y combinados) en poco espacio de tiempo (binge drinking). Es frecuente en personas jóvenes asociar al consumo de alcohol otros tipos de sustancias (EDADES, Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España, 2009-2010).

La edad de inicio en el consumo de alcohol en población menor de edad se encuentra en España en 13.6 años (en ambos sexos) y el consumo semanal se produce cuando tienen 14.8 años. En población adulta la edad de inicio en el consumo de alcohol fueron los 17.4 años. La prevalencia de consumo es mucho más elevada entre hombres que entre las mujeres en todos los grupos de edad (ENS, 2006).

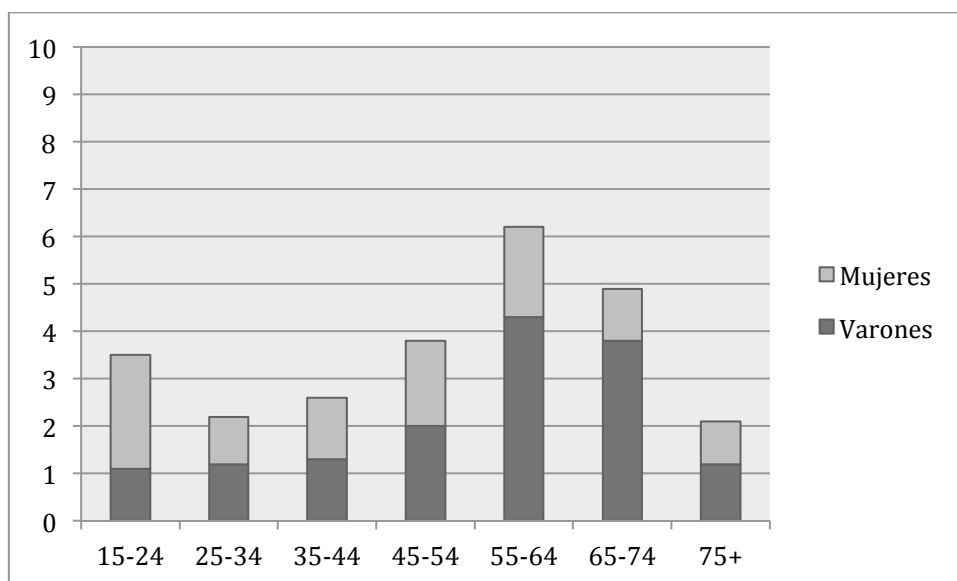
En España, el 65.6% de la población de 15 y más años bebió alcohol alguna vez en el último año, 77.5% de los hombres y 54.3% de las mujeres. Las diferencias según sexo se observan en todas las edades, pero es menor entre los más jóvenes, como se presenta en la Figura 2.2.



Fuente: MSSSI:ENSE, 2012.

Figura 2.2: Consumo de alcohol en población adulta (15 y más años) en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad

El consumo de riesgo es mayor en hombres que en mujeres en todas las edades excepto en las más jóvenes. La figura 2.3 muestra la prevalencia de bebedores de riesgo en la población de 15 y más años según sexo y edad. El porcentaje de hombres es superior al de mujeres en todos los grupos de edad salvo entre 15 y 24 años, pero sobre todo en los de mayor edad. En los hombres asciende suavemente desde los más jóvenes (1.1%) hasta el grupo de 45 a 54 años, y despierta en el grupo de 55 a 74 años, que alcanza los mayores niveles (4.3%), para descender a partir de esa edad. Las mujeres son menos y más jóvenes. Destaca el grupo de 15-24 años: el 2.4% declara un consumo de bebidas alcohólicas por encima del umbral de riesgo, más del doble que los hombres (1.1%). A partir de esa edad en mujeres se mantiene siempre por debajo del 2%. Estas diferencias se producen en numerosos estudios y en todos los países, pero son menores en los países de mayor desarrollo y con mayor igualdad de género (Bloomfield, Grittner, Kramer & Gmel, 2006).



Fuente: MSSSI:ENSE, 2012.

Figura 2.3: Consumo de alcohol con riesgo para la salud según sexo y grupo de edad

Existe evidencia empírica de que los hábitos de salud y los estilos de vida, que se definen como el conjunto de actividades que el individuo realiza, moldeada por la familia, la sociedad y la educación recibida, manifestándose en comportamientos, formas de vivir y especialmente las costumbres, pueden ser “protectoras” o factores de riesgo para la salud del individuo (Rueda, Manzano, Darío, Pérez de Arriba, Zuazagoitia & Zulueta, 2008).

En este sentido, los estilos de vida de los médicos/as y enfermeros/as, junto a sus creencias y nivel de conocimientos, representa un papel esencial a la hora de aconsejar a sus pacientes sobre conductas de riesgo. Las variables sociolaborales y de competencias autodeclaradas (actitud de los PS ante las actividades de promoción y prevención de la salud) presentan una relación estadísticamente significativa con las dimensiones de la actitud de los profesionales, excepto: años en atención primaria, formación y realización

de actividades programadas de prevención y promoción de la salud (Ramos-Morcillo, Ruzafa-Martínez, Fernández-Salazar, Del Pino Casado & Armero-Barranco, 2014).

El consumo de alcohol en médicos/as de atención primaria (AP) en Murcia era similar al de la población general, y el consumo de riesgo predominaba en el profesional femenino (Rodríguez-Fernández, Espí-Martínez, Canteras-Jordanas, & Gómez-Moraga, 2001).

En un grupo de estudiantes de enfermería se valoró la evolución del consumo de tabaco y alcohol, así como las conductas de riesgo ligadas al alcohol y a la conducción, identificándose hábitos insanos y conductas de riesgo que no mejoran a lo largo de la diplomatura de enfermería, por lo que se sugiere que la carrera de enfermería no actúa siempre como un refuerzo positivo en cuanto al mantenimiento de las conductas saludables (Alberdi-Erice, Huizi-Egilegor, Barandiarán-Lasa, Zupiria-Gorostidi & Uranga-Iturrioz, 2007).

Los profesionales sanitarios encuestados en general, consideran importantes las actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PPS). Se ha encontrado en un grupo de médicos/as de atención primaria de Mallorca, la posible relación de los estilos de vida y su influencia en la práctica de actividades de PPS efectuadas a sus pacientes. Los médicos/as de familia (AP) que fumaban o que consumían alcohol efectuaban menos actividades preventivas sobre el tabaquismo e intervenían menos sobre el consumo de alcohol de sus pacientes (Fonseca, Fleitas, Tamborero, Benejam & Leiva, 2013), hecho confirmado por otros autores (Kaner, Rapley & May 2006). Además, la influencia de los hábitos de vida de los profesionales sobre las tareas preventivas que aconsejan sobre estilos de vida a sus pacientes también se ha demostrado de forma clara y consistente para otros factores de riesgo distintos del tabaco y del alcohol (Brotons,

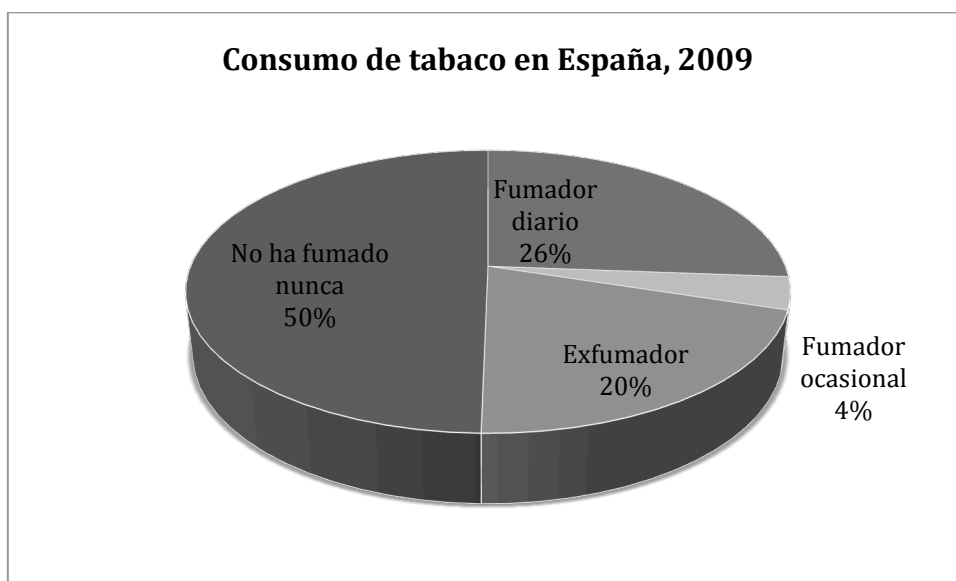
Bjfrkelund, Bulc, Ciurana, Godycki-Cwirko, Jurgova, et al., 2005; Oberg & Frank, 2009). De manera que cobran relevancia los hábitos cotidianos o estilos de vida de los médicos/as, no sólo por las implicaciones para su propia salud, sino también porque tienen una gran influencia sobre la salud de sus pacientes (Oberg & Frank, 2009).

El siguiente hábito o estilo de vida que se va a analizar está muy relacionado con el consumo de alcohol, es un indicador relevante de salud física tanto en población general como en profesionales sanitarios, y es el consumo de tabaco.

### **Consumo de tabaco**

El tabaquismo es un problema de salud pública de primera magnitud, y se ha reconocido como una enfermedad crónica, adictiva y recidivante. La Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS, la identifica como trastorno mental y del comportamiento. Además, es el principal factor de riesgo de enfermedades y discapacidad en países de ingresos altos, seguido del consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad (OMS, 2011).

En la secuencia mostrada en la figura 2.4 puede observarse el porcentaje de consumo de tabaco en España, según la Encuesta Europea de Salud en España (2009), que revela que uno de cada cuatro adultos se considera fumador diario (26.2%). La proporción es mayor entre los hombres que entre las mujeres, siendo un 28% de los hombres y un 19% de las mujeres mayores de 16 años los que fuman diariamente. En cuanto a la edad, el grupo de edad con mayor tasa en 2009 está entre los 45 y 54 años (34.0%).



Fuente: EESE:INE, 2009.

Figura 2.4: Consumo de tabaco en población adulta

En España la prevalencia del tabaquismo es elevada y aunque en la última década ha disminuido el consumo de tabaco en general, sin embargo se está incrementando entre las mujeres (Encuesta Europea de Salud en España, 2009).

Respecto a la prevalencia del tabaquismo en PS, se ha llevado a cabo un estudio entre médicas y enfermeras de atención especializada y atención primaria de la comunidad de Madrid en 1998 y 2001, y en esta muestra ha sido elevada, en el caso de las enfermeras es superior a la de la población general. El tabaquismo es más frecuente entre las enfermeras que entre las médicas y además es más frecuente en atención especializada que en atención primaria (Fernández-Ruiz & Sánchez-Bayle, 2003). En la última encuesta de 2001-2002, las más jóvenes de las dos profesiones son las que menos fuman, lo que permite un cierto optimismo. De manera que habría que tener en cuenta la variable de consumo de sustancias según el sexo ya que sirve para reflejar la



tendencia del aumento del consumo en médicos/as y enfermeros/as con las consiguientes consecuencias para la salud de los sanitarios y la salud de sus pacientes.

En otro estudio de especialistas internos residentes de AE y AP de Andalucía (edad media de 31 años) se analizó la prevalencia sobre consumo de alcohol, de tabaco y otras drogas ilegales. Un 78% consumen alcohol (edad de inicio 17 años), siendo el 81% de manera ocasional y el 17% de fin de semana. La ingesta alcohólica, fundamentalmente cerveza y combinados fue mayor en varones. Un 19% fuman, de ellos un 71% diariamente con una media de 8-9 cigarrillos; dos terceras partes han intentado dejar de fumar. Sólo un 3% consumen cannabis. La quinta parte de los residentes no suelen recomendar el abandono del consumo del tabaco; la tercera parte no recomienda el abandono del alcohol y casi la mitad no da consejos sobre drogas. Los que promocionan los hábitos saludables en general, son los especialistas internos residentes de mayor edad. En cuanto a las recomendaciones saludables sobre el alcohol es mayor entre mujeres y posiblemente entre los que no tienen un consumo binge-drinking. El comienzo tardío del tabaquismo implica un menor consejo clínico contra las drogas ilegales (Valverde-Bolíbar, Pérez-Milena & Moreno Corredor, 2013). Por todo ello se hace necesario continuar con las políticas de prevención del tabaquismo en las edades más jóvenes y hacer campañas especialmente dirigidas a la población femenina para evitar el incremento en estas poblaciones.

No obstante, es importante destacar el papel que ejercen los profesionales de la salud tanto en la efectividad de programas para abandonar el hábito tabáquico proporcionando con ello un cambio social, como la influencia que tienen los sanitarios con sus actitudes al respecto (Alonso-Fernández, Iglesias Carbajo & Franco Vidal, 2006; Kottke, Baechler, Canterbury, Danner, Erickson, Hayes et al., 2013).

Los profesionales sanitarios de AP disponen de intervenciones preventivas y de promoción de salud efectivas para disminuir la morbi-mortalidad de las enfermedades crónicas (Córdoba, Cabezas, Camarelles, Gómez, Díaz, López, Muñoz, Navarro, Ramirez & Marqués, 2012; OMS, 2009). Sin embargo existen situaciones paradójicas como el caso del tabaquismo, donde los profesionales disponen de herramientas efectivas para disminuir el consumo (Rice & Stead, 2008) aunque su aplicación es escasa (Rothemich, Woolf, Johnson, Burgett, Flores, Marsland & Ahluwalia, 2008).

Del mismo modo, existen diferencias importantes entre las recomendaciones sobre prevención y promoción de la salud que ofrecen las investigaciones y el comportamiento de los profesionales en la práctica clínica (Glasziou, & Haynes, 2005; Pérula de Torres, Alonso Arias, Bauzá Nicolai, Estévez, Iglesias Rodal, Martín Carrillo, Martín-Rabadán & Morán Pí, 2007) incluso de los que están en formación (Paniagua Urbano, Pérula de Torres, Ruiz del Moral & Gavilán Moral, 2010). Aunque el grado de eficacia del consejo clínico depende del cambio propuesto en el estilo de vida y, las estrategias cognitivo-conductuales han demostrado ser útiles, sin embargo resultan complejas de aplicar para los profesionales, por tener que evaluar los diferentes riesgos para la salud, su disposición a cambiar de conducta, el apoyo social y el acceso a los recursos de la comunidad (Kottke et al., 2013). Tras esta valoración, el profesional sanitario (médico/a y enfermero/a) puede y debe intervenir intentando aumentar la motivación y la autoeficacia de la persona.

Resulta pertinente por tanto, medir el consumo de sustancias en PS ya que existe evidencia de que los profesionales de la salud pueden influir en los estilos de vida de una manera relevante en la población general de varias maneras: como educadores

sanitarios, como ejemplos o modelos y mediante la sensibilización de la población sobre los problemas derivados del tabaquismo (Salvador Llivina, 1990).

Tal vez sea oportuno analizar el consumo de sustancias según el contexto sanitario (AE/AP), ya que es probable que el personal sanitario de atención primaria (AP) al considerar importantes las actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PPS) para su práctica habitual, sean ejemplos para sus pacientes e incidan de manera proactiva sobre los estilos de vida.

A continuación se revisa el consumo de fármacos y psicofármacos de manera general y en sanitarios en particular para poder indagar sobre las consecuencias que puedan tener sobre su salud.

### **Consumo de fármacos/psicofármacos**

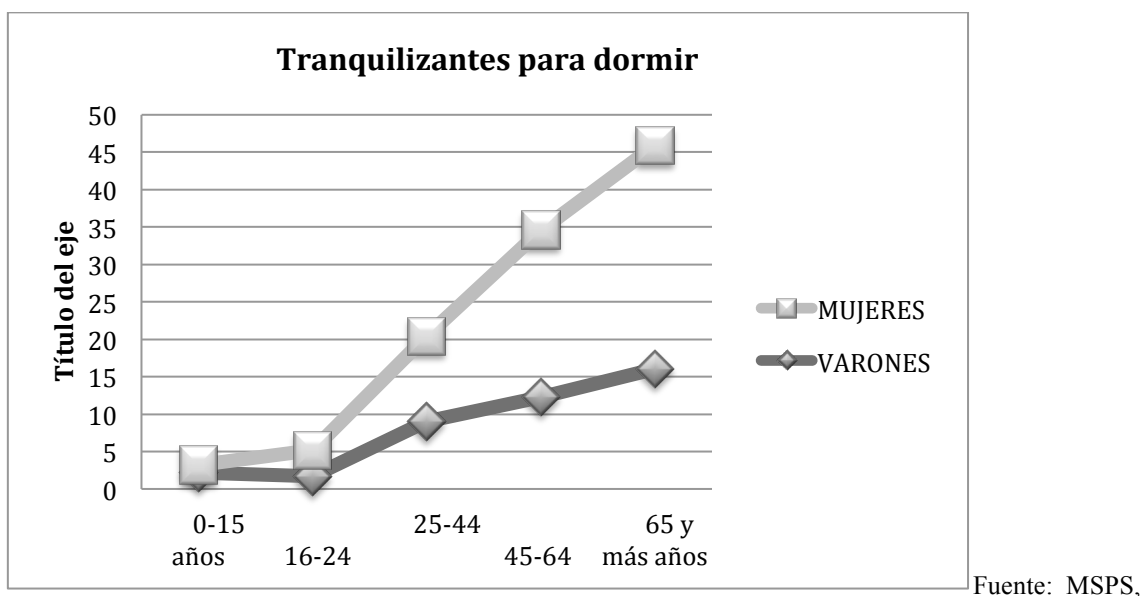
Según los datos recogidos en la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 sobre tipo de medicamento consumido en las últimas dos semanas según sexo y grupo de edad, los medicamentos más consumidos corresponden al grupo de los analgésicos, seguidos de los antihipertensivos, hipolipemiantes, antiulcerosos, insulina y los antidiabéticos orales, que como se puede observar, están indicados para patología crónicas relacionadas en su mayoría con estilos de vida poco saludables.

Las mujeres españolas de 15 o más años, consumen en todas las franjas de edad, más fármacos recetados que los hombres (62% en las mujeres frente al 49% en hombres) y son los grupos etarios más jóvenes (de 15 a 24 años: 50% en mujeres y 34% en hombres; de 25 a 34 años: 54% en mujeres frente al 38% en hombres; de 35 a 44

años: 61% en mujeres frente al 46% en hombres), donde esta diferencia por sexo es más amplia (Encuesta Europea de Salud en España, 2012).

La prevalencia de uso de hipnóticos sedantes en España durante el año 2011 fue del 11.4% en población general (EDADES, Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España, 2011-2012). España estaría situada por encima de la media europea en consumo de ansiolíticos (Simó Miñana, 2012). Además, ese consumo se ha incrementado a lo largo de los últimos años (Fernández-Álvarez, Gómez Castro, Baidés Morente & Martínez Fernández, 2002; Vicente Sánchez, Macías Sait-Gerons, de la Fuente Honrubia, González Bermejo, Montero Corominas & Catalá-López, 2013). Igualmente, en las últimas décadas en otros países desarrollados han sido uno de los grupos farmacológicos más prescritos (Hollingworth & Siskind, 2010; Lagnaoui, Depont, Fourrier, Abouelfath, Begaud, Verdoux & Moore, 2004).

En España los datos de consumo de fármacos tranquilizantes, relajantes y medicamentos para dormir, se duplica en la mujeres  $\geq$  de 45 años con respecto a los hombres, como se observa en la figura 2.5 de la ENS, 2006.



ENS, 2006. Figura 2.5: Porcentaje de consumo de tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir en las últimas 2 semanas sobre personas que han tomado algún medicamento

Investigaciones epidemiológicas españolas indican que entre las mujeres se diagnostican con mayor frecuencia trastornos relacionados con la ansiedad y la depresión, y entre los varones situaciones de abuso de sustancias tóxicas y trastornos de personalidad (Gili, Ferrer, Roca & Bernardo, 1998)

El mayor consumo de benzodiacepinas o análogos se observa en mujeres mayores de 65 años procedentes de zonas urbanas (Bejarano, Piñol, Mora, Claver, Brull & Basora, 2008). En esta misma línea, se observó que el consumo de estos medicamentos era significativamente superior en las mujeres, en las amas de casa, en los desempleados y en las personas con bajo nivel educativo (Secades Villa, Rodríguez García, Valderrey Barbero, Fernández Hermida, Vallejo Seco & Jiménez García, 2003) y trabajadores de niveles moderados de precariedad (Colell, Sánchez-Niubò, Domingo-Salvany, Delclós & Benavides, 2014).

Buena parte de estudios han encontrado un sesgo de género en la prescripción de psicofármacos, por las creencias ideológicas asociadas con la debilidad de las mujeres que generan una desigualdad ante los mismos problemas de salud. Hay una tendencia a creer que la subjetividad femenina patológica es fruto de las características biológicas de la mujer (depresión postparto, menopausia, el nido vacío, etc.) y no una consecuencia de roles y comportamientos sociales (Gil García, Romo Avilés, Poo Ruiz, Meneses Falcón, Markez Alonso & Vega Fuente, 2005). Además, el contexto social favorece diferencias de género en la forma de consumir y en las expectativas sociales que los consumidores generan (Romo Avilés & Gil García, 2006). La actitud de los médicos/as de AP ante pacientes con síntomas de ansiedad o depresión difieren según sea el sexo del paciente. Prescriben mas ansiolíticos, prestan mas apoyo psicológico y piensan más en causa funcional, cuando el paciente es mujer (Moreno Luna, Clemente Lirola, Piñero Acín, Martínez Matías, Alonso Gómez & Rodríguez Alcalá, 2000).

Existe también un sesgo en el diagnóstico, las médicas detectan con mayor facilidad que los hombres problemas sociales, endocrinos, respiratorios y musculoesqueléticos (Bensing, Van Den Brink-Muinen & De Bakker, 1993). Los médicos de mayor edad y especialistas prescriben en mayor medida a las mujeres que a los hombres (Gelb Safran, Rogers, Tarlov, McHorney & Ware 1997).

En cuanto al consumo de fármacos en los profesionales de la salud, no existen muchos estudios que indiquen el comportamiento de estos profesionales sobre el uso de psicofármacos. Según Tizón Bouza y Vázquez Torrado (2006) en su estudio sobre “Automedicación en el personal de enfermería Hospitalaria” el 91% de las enfermeras y auxiliares de enfermería encuestadas tomaban fármacos a lo largo del año del estudio,

aunque sólo al 14.3% de ellas se los habían prescrito. Las patologías que destacaron para automedicarse fueron: cefaleas, dolor de espalda, fiebre o traumatismos.

La automedicación en los profesionales sanitarios presenta controversia, ya que esta práctica se puede ver favorecida por el fácil acceso a los fármacos y la dificultad de acceso a los servicios de salud como usuarios, sea por falta de tiempo o por la dificultad de cuidados hacia uno mismo (Rocha Barros, Harter Griep & Rotenberg, 2009). La prevalencia de automedicación en enfermería ascendía a un 85.6%, porcentaje elevado que requiere especial atención (Borrajo de Lama & Arribas Arribas, 2004) .

En este sentido, el consumo de sustancias puede ser entendido como un indicador de salud física en personal sanitario que está claramente relacionado con el sexo, pero que no está tan claramente estudiado que esté asociado con el tipo de actividad sanitaria (AE/AP) aunque en este aspecto se espera que los profesionales sanitarios de atención primaria (AP) sean ejemplo y actúen de manera activa en el autocuidado del paciente para mejorar los estilos de vida; mientras que los profesionales sanitarios de atención especializada (AE) consumirán más fármacos por tener mayor accesibilidad a ellos.

Finalmente, para tener un encuadre global sobre la salud física de los profesionales sanitarios, además de conocer la realidad del consumo de sustancias (alcohol, tabaco, fármacos y psicofármacos), se hace necesario revisar a continuación los conceptos de dolencias y salud percibida.

### **2.2.2 – Dolencias físicas**

Las Dolencias físicas es un índice de salud física objetiva que puede ser medida de diversas formas, incluyendo visitas al médico, presencia de dolencias crónicas entre otras; en este apartado se describirá la prevalencia de este índice a nivel de población general, para posteriormente explorar en los profesionales de la salud.

En España, las mujeres han acudido al médico de familia (AP) en las últimas 4 semanas en un porcentaje de 32% las mujeres frente al 25% de los hombres, siendo más notable esta diferencia en el grupo de 25 a 34 años (24% de la mujeres frente al 14% de los hombres) y el grupo de 35 a 44 años (26% de la mujeres frente al 18% de los hombres), Encuesta Nacional de Salud, (2012). Estos datos se pueden interpretar como diferencias entre varones y mujeres en salud o en hábitos de salud de prevención y promoción de atención primaria. Sin embargo, en cuanto a hospitalización (AE) en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad son los varones a partir de los 45 años los que acuden más a los hospitales, mientras que en edades comprendidas entre los 25 y 44 años son las mujeres las que acuden más a los hospitales, debido a procesos relacionados con su ciclo vital femenino (parto, puerperio, etc.).

La prevalencia de las enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes, obesidad, dislipemias, cardiopatías, etc.) han aumentado en España a lo largo de las últimas décadas, causando un problema de salud en los países desarrollados y están estrechamente relacionados con los estilos de vida (alimentación, ejercicio físico, consumo de sustancias, etc.); estos procesos crónicos generan importante demanda en las consultas de atención primaria para su seguimiento y de atención especializada en su complejidad derivando un importante coste sanitario. Por ejemplo, la prevalencia de la



Diabetes Mellitus (DM) se estima en un 6.2% para los grupos de edad 30-65 años, y del 10% para 70-89 años. Además, es una de las principales causas de mortalidad, ocupando el tercer lugar en mujeres y el séptimo en varones (Godoy, 2002). La prevalencia de Insuficiencia Cardíaca Crónica (ICC) en España es alta, en torno a un 7.8%, es similar en varones como en mujeres, y parece aumentar con la edad (Anguita Sánchez, Crespo Leiro, De Teresa Galván, Jiménez Navarro, Alonso-Pulpón & Muñiz García, 2008).

La incidencia y prevalencia de enfermedades y alteraciones de origen laboral en España en 2006 incluyen: enfermedades osteomusculares, enfermedades de la piel, enfermedades respiratorias, alteraciones mentales o tumores malignos, entre otras. El impacto de enfermedades profesionales podría ser mayor (García & Gadea, 2008). Algunos autores han estimado que el 16% de los procesos atendidos en centros de atención primaria de salud probablemente están relacionados con las condiciones de trabajo (Benavides, Castejón, Jimeno, Porta, Mestre & Simonet, 2005).

Existe el estereotipo que las mujeres se quejan por causas inespecíficas y que las consultas de los hombres se realizan cuando están realmente graves. Posiblemente por razones culturales y de género, las mujeres están más acostumbradas a manifestar sus dolencias y a buscar ayuda médica para solucionarlo antes que los varones, ya que éstos si mantienen el rol tradicional masculino, tienen que mantener su imagen de fortaleza y no manifestar su vulnerabilidad, lo que les dificulta para beneficiarse de los programas de prevención y promoción de la salud. De ahí que las mujeres acudan con más frecuencia a las consultas de atención primaria (AP), mientras que los varones acuden más a los hospitales (AE). Como ya se ha tenido en cuenta anteriormente, también existe un sesgo de género en la atención sanitaria, de forma que es más frecuente que

ante los mismos síntomas, a un hombre se le derive a un centro hospitalario antes que a una mujer (OMS, 2005; Saarento, Räsänen, Nieminen, Hakko & Isohanni, 2000).

Por tanto, se hace necesario valorar si esta morbilidad está asociada al ciclo vital (menarquia, embarazo, menopausia, etc.), que en muchos casos se patologiza y se medicaliza; si es debido a la diferencia en como las mujeres y los varones manifiestan sus problemas de salud (los modelos de comportamiento de género, evidencian que las mujeres tienen una mayor capacidad de reconocer y verbalizar molestias y que los hombres no expresan debilidad hasta que no existe enfermedad evidente) o incluso si en el ejercicio de la medicina, se infravalora determinados síntomas en la mujer, como la diferente sintomatología en las patologías cardíacas entre hombres y mujeres, o la sintomatología ferropénica presente en mujeres con valores normales de ferritina sérica, al tenerse en cuenta el valor normalizado en sangre para los hombres (Valls-Llobet, 2006).

Una vez examinadas las dolencias físicas en población general, se realiza una revisión de las mismas en profesionales de la salud: los sanitarios, particularmente el personal de enfermería están expuestos a una serie de riesgos, tales como la exposición a agentes infecciosos, a sustancias químicas, a radiaciones ionizantes, riesgos biológicos, posturas inadecuadas, manipulación de cargas durante la movilización de los pacientes, desplazamientos múltiples, etc., todo esto conlleva a un daño de la salud física de estos profesionales. Dentro de los daños de la salud de los sanitarios se encuentra un patrón de desgaste caracterizado por un compromiso corporal que afecta principalmente al sistema osteomuscular y cardiovascular (Leguizamon & Gómez Ortiz, 2002).

La exposición al estrés que están sometidos los profesionales sanitarios, cuando las respuestas son excesivamente intensas, frecuentes y duraderas, pueden producir una variedad de trastornos fisiológicos en el organismo (Arden, 2002; Rodríguez, Roque & Molerio, 2002). Además, el estrés crónico puede producir en los profesionales sanitarios múltiples manifestaciones con los siguientes síntomas: *psicosomáticos*, dolores de cabeza, osteomusculares, digestivos, problemas respiratorios, cansancio, trastornos del sueño, etc., *conductuales*, absentismo laboral, disminución del rendimiento, relaciones conflictivas con los compañeros, consumo de sustancias, etc., y *emocionales* como irritabilidad, dificultad de concentración, ansiedad, desmotivación, baja autoestima y deseos de abandonar el trabajo (Ortega Herrera, Ortiz Viveros & Coronel Bricio, 2007).

Existe un gran interés por la relación entre las condiciones laborales, el estrés y la salud de los profesionales sanitarios por ser como se ha indicado, una población de riesgo. Porras Povedano, Santacruz-Hamer y Oliva Reina, (2014) analizaron los riesgos laborales percibidos en un grupo de enfermeros/as y auxiliares de enfermería. Los principales riesgos percibidos entre los/as enfermeros/as fueron los accidentes por exposición a material biológico (52.78%), cargas/movilizaciones (19.44%) y estrés laboral (19.44%); entre las auxiliares de enfermería fueron las cargas y movilizaciones (44.44%), los accidentes por exposición a material biológico (26.67%) y otras infecciones (15.56%).

Todos estos factores de riesgos aunados a las condiciones y estilos de vida, configuran perfiles de malestar, enfermedades, desgaste físico y emocional, incapacidades e insatisfacción laboral entre los profesionales sanitarios, más específicos del personal de enfermería; por tanto parece apropiado analizar en esta investigación los

contextos laborales sanitarios, para poder conocer las posibles consecuencias que tengan sobre su salud.

### **2.2.3 – Salud autopercebida**

La salud autopercebida es una medida global que incluye diferentes dimensiones de la salud: física, emocional y social; es la autovaloración de la salud por parte de los individuos, y se considera uno de los mejores indicadores globales de salud (Robine, Jagger & Egidi, 2000). Además, la salud autopercebida se ha relacionado con la prevalencia de enfermedades crónicas, la utilización de servicios sanitarios y la mortalidad; y una mala salud autopercebida correlaciona con una peor salud mental (Conry, Morgan, Curry, McGee, Harrington, Ward & Shelley, 2011; Mao & Zhao, 2012). En una revisión bibliográfica hasta 2013, se ha mostrado que entre las personas mayores persiste la desigualdad de género y de nivel socioeconómico con respecto a la salud autopercebida (Morcillo Cebolla, De Lorenzo-Cáceres Ascanio, Domínguez Ruiz de León, Rodríguez Barrientos & Torijano Castillo, 2014).

En España se ha analizado la evolución de la prevalencia de mala salud percibida por comunidades autónomas entre los periodos de 2001 a 2012, las diferencias por sexo y la influencia del nivel educativo, estos datos en la Encuesta Nacional de Salud de 2001 a 2012, y de la Encuesta Europea de 2009. La prevalencia de mala salud percibida fue mayor en las mujeres con nivel educativo bajo, y mejoró en las de nivel educativo alto (18.6% en 2001 y 14.6% en 2012). La prevalencia mayor de mala salud percibida se observó en Andalucía, Canarias, Galicia y Murcia, con diferencias por sexo. De manera que, se observan desigualdades en su evolución según el nivel

educativo y el sexo, que podrían conllevar un aumento de las desigualdades en mujeres según el nivel educativo (Aguilar Palacio, Carrera-Lasfuentes & Rabanaque, 2015). La Encuesta nacional de Salud (2012), realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), concluye que el 51% de los hombres perciben un buen estado de salud frente al 46% de las mujeres. Otros estudios revisados presentan diferencias de salud autopercebida según sexo, donde se evidencia que la mujer manifiesta peor salud autopercebida que el varón (Borrell & Benach, 2006; Case & Paxson, 2005; López, Findling & Abramzón, 2006).

A nivel internacional como nacional existen estudios donde se refleja que las mujeres presentan peores niveles de salud autopercebida, mayor número de enfermedades crónicas y un mayor número de consultas médicas que los hombres, en diferentes poblaciones como la inglesa (Singh-Manoux, Guéguen, Martikainen, Ferrie, Marmot & Shipley, 2007), norteamericana (Case & Paxson, 2005), japonesa (Kondo, Kawachi, Subramanian, Takeda & Yamagata, 2008) y española (Borrell & Benach, 2006; Sánchez-López et al., 2006; Sánchez-López et al., 2012 ); así como un mayor consumo de fármacos (Encuesta Europea de Salud en España, 2012).

En esta línea, aparecen publicadas investigaciones que señalan que las mujeres tienen peor salud que los hombres, dando pie a lo que se conoce como la «paradoja mortalidad/morbilidad», es decir, el hecho de que las mujeres viven más pero tienen peor salud, estos datos son corroborados con los aportados por la Encuesta Europea de Salud en España, 2012. Sin embargo, es preciso matizar a la hora de generalizar estas conclusiones; en primer lugar, el resultado se aplica sobre todo a la salud autopercebida, es decir, la percepción que tiene la persona sobre su propio estado de salud; en segundo lugar, a la hora de comparar entre hombres y mujeres, es preciso considerar otras

variables como son la edad, el nivel educativo, vivir o no en pareja, vivir en un entorno rural o urbano y el contexto laboral.

Sánchez-López, Aparicio-García & Dresch (2006) comparan la salud física/psicológica de hombres y mujeres según su situación laboral, encontrando que las amas de casa son las que peor salud presentan y perciben y, en segundo lugar, las personas en paro, sean hombres o mujeres. Por tanto, al menos para las variables de salud que se han analizado, tanto física (número de visitas al médico, presencia de enfermedades crónicas, cantidad y frecuencia de dolencias físicas y salud percibida) como psicológica (ansiedad, autoestima y satisfacción), la condición de tener o no un trabajo fuera del hogar, pesa más que el sexo/género de quienes lo ejercen. En esta línea se desarrolla esta Tesis Doctoral, analizando las consecuencias que tendrán la interacción de las características contextuales (AE/AP) y las características individuales (personalidad) sobre la salud física y psicológica de los profesionales sanitarios.

La salud del personal sanitario, y en concreto su perfil de riesgo cardiovascular, es un hecho sociosanitario relevante ya que tiene un impacto directo sobre la calidad asistencial que reciben los pacientes, y en consecuencia, en la salud de la población. Existen evidencias de que los pacientes, ponen atención a los hábitos de salud de sus médicos/as, a la vez, que los médicos/as con hábitos personales saludables serán más propensos a hablar de comportamientos preventivos con sus pacientes.

La presencia de ansiedad y estrés asistencial en el profesional de la salud, no siempre es de origen asistencial (Colell Brunet, Limonero García, & Otero, Colell, 2003; Pérez Andrés, Alameda Cuesta & Albéniz Lizarraga, 2002), sino más bien debido a un desajuste entre el trabajador, el puesto de trabajo, la propia organización y la satisfacción personal del profesional ante la labor que desarrolla; por todo ello, es

relevante analizar la interacción entre las variables personales y situacionales para reflejar sus consecuencias en la eficiencia y eficacia de su práctica profesional en la atención de la salud (Blanco, 2004; Román Hernández, 2003). El grupo profesional de la salud más vulnerable para desarrollar ansiedad y estrés en su práctica habitual son los/as profesionales de enfermería, dado que es una profesión que conlleva una gran responsabilidad, así como conflictos y cambios continuos en el desempeño de sus actividades asistenciales (Novoa Gómez, Nieto Dodino, Forero Aponte, Caycedo, Palma Riveros, Montealegre, Bayona & Sánchez Durán, 2005).

Las variables que más influían para manifestar ansiedad y estrés en un grupo de enfermería de AE eran: la jornada, la unidad, la antigüedad, siendo el turno de noche, el servicio de pediatría y los profesionales de enfermería que llevaban menos de 5 años trabajando o más de 20 años de antigüedad las que presentaban un incremento en la manifestación de ansiedad tanto como cognitiva como somática y presencia de estrés, lo que nos permite destacar la importancia de la experiencia y la unidad como variables que inciden en la valoración que el sanitario hace de las condiciones de su entorno como estresantes (Flores Villavicencio, Troyo-Sanromán, Valle & Vega-López, 2010).

En este sentido, la salud física y psicológica del personal sanitario (médicos/as y enfermeros/as, auxiliares de enfermería y fisioterapeutas) puede verse afectada en parte por las características individuales (edad, sexo y personalidad) y por la actividad que realizan a nivel laboral (AE/AP), de ahí que parezca pertinente analizar las diferencias entre estas variables para conocer su repercusión sobre la salud de los profesionales sanitarios.

Una vez examinadas las principales variables que informan de la salud física de los profesionales de la salud se procede a desarrollar las características de la salud psicológica para disponer de una visión integral de la salud del personal sanitario.

### **2.3 – SALUD PSICOLÓGICA EN EL ÁMBITO SANITARIO**

La OMS define salud mental como “Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2007). Esta valoración de la salud mental en positivo abarca las entidades de la autoestima, el autocontrol, el optimismo y el sentido de la coherencia de los individuos. La salud mental es uno de los indicadores principales de la calidad de vida de las personas y su entorno. La pérdida de salud mental tiene unas graves e inmediatas consecuencias, no sólo personales, sino también familiares, sociales, profesionales, laborales y económicas

Los profesionales sanitarios tienen una salud física mejor, pero una salud psicológica peor que la población general, es posible que pueda explicarse en gran medida por el tipo de trabajo realizado que implica estar expuesto a un importante número de factores de riesgo psicosocial, como son el contacto con el sufrimiento y la muerte, la falta de recursos materiales, las largas jornadas con horarios irregulares, la falta de promoción profesional, etc. (Mingote Adan, Moreno Jiménez & Gálvez Herrer, 2004).

En este apartado, en primer lugar se desarrollan las relaciones entre la salud física y psicológica en función del sexo/género, para poder conocer la salud de las



mujeres sanitarias (mayoría en los entornos sanitarios). En segundo lugar, se analiza la medida de la salud psicológica a partir del instrumento *SF-36 (Health Survey SF-36)* y en tercer lugar, se estudia la satisfacción en la esfera laboral y familiar de los profesionales sanitarios, por verse ambas afectadas.

### **2.3.1 – Salud física y psicológica en función del sexo/género**

Las relaciones entre la salud física y psicológica en función del género han sido ampliamente estudiada en las últimas décadas (Conry et al., 2011; Mao & Zhao, 2012), resultando que las mujeres tienen peor salud percibida que los hombres de manera general (Cuellar-Flores & Sánchez-López, 2012; Griffith, Marshall & Cook, 2003; Sánchez-López, Aparicio & Dresch, 2006). La perspectiva de género es un factor determinante de la salud física y psicológica, las mujeres manifiestan más patologías psicológicas que el hombre (dolor, malestar, ansiedad y depresión), mientras que el hombre presenta más patologías relacionadas con el consumo de sustancias, especialmente con el abuso del alcohol (Sánchez-López, Cuellar-Flores & Dresch, 2012), por tanto hay que tener en cuenta que las variables psicológicas predicen más la salud física de las mujeres que la de los varones, lo que parece indicar que la salud física de las mujeres está íntimamente relacionada con la salud psicológica (Sánchez-López, Aparicio & Dresch, 2006) y, el estado psicológico con variables como el estrés laboral y tener un adecuado descanso (Aparicio-García, Sánchez-López, Dresch & Díaz-Morales, 2008).

Aunque en los últimos años se han producido cambios en las relaciones de género, son las mujeres las que siguen siendo las principales responsables de las tareas

del ámbito doméstico y familiar, incluso en los países que consideramos más igualitarios (Georgas, Berry, Van de Vijver, Kagitçibasi & Poortinga, 2006). Por tanto, aunque las mujeres han accedido al mundo laboral, no han abandonado el ámbito doméstico y reproductivo; estudios españoles confirman la mayor dedicación de las mujeres al cuidado familiar y a las tareas domésticas (Carrasco, Alabart, Aragay, Ovejero, Farre & Guisande, 1991; Izquierdo, Del Río, Rodríguez, 1988; Ramos, 1990; Sánchez-Herrero Arbide, Sánchez-López & Dresch, et al., 2009).

El cuidado de los hijos y de personas mayores, que habitualmente ejercen las mujeres, tiene un impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), especialmente para las mujeres cuidadoras de mediana edad. Además, la presencia de depresión y dolor musculoesquelético en el cuidador, el tiempo dedicado al cuidado y la discapacidad del paciente influyen en este deterioro de la calidad de vida (Marco, Duarte, Santos, Aguirrezabal, Morales, Belmonte, Muniesa, Tejero & Escalada, 2010). Cuidar afecta negativamente a la salud de quienes cuidan, pero entraña mayores riesgos para las mujeres por la mayor carga de trabajo que deben asumir. Cuando los hombres aumentan la carga de cuidados, las desigualdades de género se reducen o se invierten (Larrañaga, Martín, Bacigalupe, Begiristáin, Valderrama & Arregi, 2008).

Las tareas domésticas han sido consideradas como rutinarias y gravosas, por lo que no es raro pensar que llevarlas a cabo tenga efectos negativos en el bienestar y en la salud. Algunos estudios (Glass & Fujimoto, 1994; Krantz & Östergren, 2001) han mostrado las relaciones negativas que su desempeño tiene con el bienestar, la satisfacción o la salud física y psicológica tanto en amas de casa como en mujeres trabajadoras. Una distribución equitativa del trabajo doméstico entre los miembros de la pareja es uno de los determinantes más importantes de la salud mental de las mujeres

(Des Rivières-Pigeon, Saurel-Couzolles & Romito, 2002; Noor, 1997) y del bienestar físico y mental (Cooke, 2004; Coverman, 1983; Palomar Lever, 1999).

Es evidente que los modos de socialización inciden directamente en las relaciones entre el género y la salud. Los hombres coherentes en su socialización con el rol tradicional masculino presentan conductas y hábitos de riesgo para la salud. Mientras que las mujeres coherentes con el rol tradicional de género y aquellas que se encuentran en un rol en transición (sin la corresponsabilidad de sus parejas), presentan un mayor riesgo para su salud al soportar la sobrecarga física y afectiva del cuidado, el aislamiento en el espacio doméstico o las dificultades para el desarrollo y organización con el trabajo productivo, la posición de subordinación sujetas al ideal de feminidad pasivo, la dependencia emocional y/o económica, la falta de apoyo social y los conflictos de pareja/familia, entre otros (Velasco, 2008).

Las desigualdades de género en salud laboral tiene su origen, al menos en parte, en la marcada división del trabajo (Kreimer, 2004), que atribuye a las mujeres un papel más relevante al trabajo doméstico y a los hombres el trabajo remunerado (Artazcoz, Borrell, & Benach, 2001). Asimismo, hay una importante segregación de género en el mercado laboral que se traduce en sectores feminizados y masculinizados (segregación horizontal), donde además los hombres ocupan con mayor frecuencia los cargos de poder (Chodorow, 2002).

Rohlf, Borrell y Fonseca (2000), han constatado que las ocupaciones son claramente matizadas por los papeles sociales, que sistemáticamente dependen del género. Es evidente el desequilibrio existente entre los trabajos remunerados (llevados a cabo por hombres mayoritariamente) y trabajos no remunerados (sobre todo las tareas del hogar y el cuidado de los hijos, asumidos principalmente por mujeres). No obstante,

también se constata desequilibrio en la distribución del trabajo productivo, habiendo una división clara según sexo, siendo las mujeres las que ocupan principalmente los sectores de servicios/terciarios, que están relacionados con el papel tradicional de las mujeres en el ámbito doméstico (servicios de limpieza, hostelería, etc.), por otro lado, los puestos de trabajo de categoría superior están ocupados predominantemente por los hombres (Artazcoz, Escribà-Agüir & Cortès, 2004).

En las mujeres trabajadoras que tienen hijos, se ha observado un incremento en enfermedades respiratorias, enfermedades cardíacas, mayor estrés, depresión y enfermedades musculoesqueléticas, que los hombres (MacRae, 2005). Además, mientras que la carga del trabajo doméstico en varones no se asoció con el estado de salud, en las mujeres la probabilidad de mal estado de salud fue mayor entre las que vivían en hogares de más de cuatro personas, y en las que no disponían de una persona contratada para el trabajo doméstico (Artazcoz, Borrell & Benach, 2001).

En esta línea, otros estudios señalan que la mujer presenta peores niveles de salud mental que el hombre (Alonso & Lepine, 2007; Artazcoz, Cortès, Borrell, Escribà-Agüir & Cascant, 2011; European Union, 2011). Sin embargo Sánchez-López, et al. (2006) encontraron que estas diferencias desaparecían cuando se consideraba el tipo de trabajo. Estas autoras defienden que la condición de tener o no un trabajo fuera del hogar, pesa más que el sexo/género de quienes lo ejercen a la hora de evaluar la salud física y psicológica. Esta Tesis Doctoral tratará de analizar las diferencias en salud y personalidad según el tipo de actividad laboral (AE/AP) y actividad familiar (número de horas dedicadas al hogar y a los hijos) y el sexo de los/as sanitarios/as de estudio.

### **2.3.2 – Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Profesionales Sanitarios**

Los profesionales sanitarios, es sabido que están sometidos a una gran sobrecarga tanto por parte de los usuarios como por la propia organización, por lo que es evidente la importancia del clima organizacional en los entornos sanitarios, de ahí las numerosas investigaciones sobre el estrés y su salud (Grau, Suñer & García, 2005), la calidad de vida, el desgaste profesional y la satisfacción laboral (Robles García, Dierssen-Sotos, Martínez-Ochoa, Herrera-Carral, Díaz-Mendi & Llorca-Díaz, 2005). Sin embargo son escasos los estudios realizados tanto en el ámbito de AE como en AP que evalúen la calidad de vida y la satisfacción de los profesionales de la salud teniendo en cuenta los contextos laborales.

La calidad de vida se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas (Schwartzmann, 2003). El concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS a partir de ahora) incorpora la percepción del individuo, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, como se detalla en la figura 2.8.

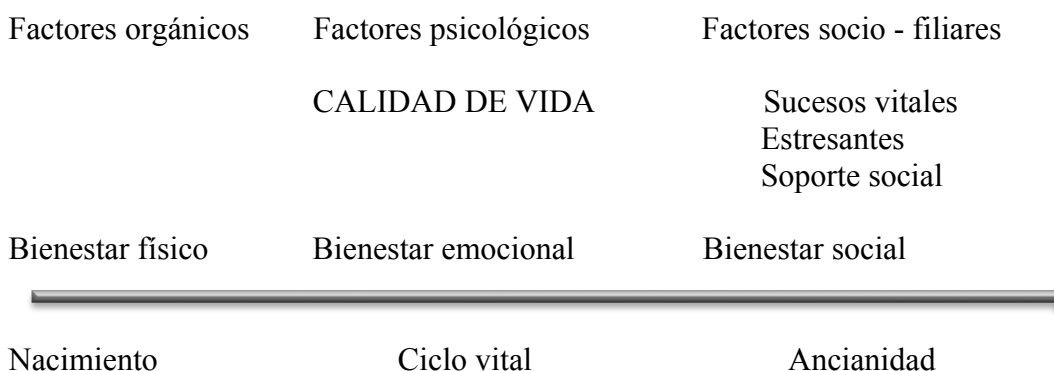


Figura 2.8: Calidad de vida relacionada con la salud. Sacada de Calidad de vida relacionada con la salud. Aspectos conceptuales (Schwartzmann, 2003)

La mayoría de autores definen la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como un concepto *multidimensional*. Se destaca la importancia de tomar en cuenta la percepción del paciente, sus deseos y motivaciones en el proceso de toma de decisiones en la salud así como en la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria. Se discuten los aspectos conceptuales del constructo “CVRS”, sus alcances y sus limitaciones, así como su desarrollo histórico a partir de tres tradiciones básicas, la investigación del concepto de felicidad en la Psicología, la de indicadores sociales en la Sociología y la investigación del estado de salud en las ciencias médicas (Tuesca Molina, 2012).

Los instrumentos para medir la CVRS en general más utilizados en la bibliografía revisada son: Health Survey SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992), Health Survey SF-12 (Ware, Kosinski & Keller, 1995), SF-36, versión española (Alonso, Prieto & Antó, 1995), Nottingham Health Profile (NHP), versión española (Alonso, Prieto & Antó, 1994), EuroQol-5D (Brooks, Jendteg, Lindgren, Persson & Björk, 1991), entre otros. Para esta Tesis Doctoral se ha aplicado el SF-36, versión española (Alonso et al., 1995).

El cuestionario SF-36 se ha utilizado para estudiar la calidad de vida relacionada con la salud en población general (Alonso Sáez de Miera, Balanza Galindo, Leal Hernández, Hernández Menarguez, García-Galbis Marín & Abellán Alemán, 2009; López García, Banegas, Graciani Pérez-Regadera, Gutiérrez Fisac, Alonso & Rodríguez Artalejo, 2003; Villagut, Ferrer, Rajmil, Rebollo, Permanyer-Miralda, Quintana, Santed, Valderas, Ribera, Domingo-Salvany & Alonso, 2005; Villagut, Valderas, Ferrer, Garin, López-García & Alonso, 2008), en servicios de asistencia sanitaria (Rebollo, 2014; Ruíz de Velasco, Quintana, Padierna, Aróstegui, Bernal, Pérez Izquierdo, Ojanguren, Anitua,

González & Etxeberria, 2002), en pacientes con enfermedades crónicas (Bernad Pineda, de las Heras Soto & Garcés Puentes, 2014; Hernández Lahoz-Ortiz, Paz Esquete, Vázquez Lago & García Casas 2010; López Castro, Cid Conde, Fernández Rodríguez, Failde Garrido & Almazán Ortega, 2013; Lozano Serrano, García Seco, García Seco, Lozano Hernández, Seco Segura, Moreno Fernández, Muñoz Cazallas, Ferreiro Vicario & Aguirre Sánchez-Covisa, 2013; Naveiro Rilo, Díez Juárez, Flores Zurutuza, Javierre Pérez, Alberte Pérez & Molina Mazo, 2014; Tongino Rosero, Wilches-Luna, Escobar Durán & Castillo Bergara, 2014), en cuidadores informales (Larrañaga et al., 2008) y en profesionales sanitarios (Alonso Fernández, Iglesias Carbajo & Franco Vidal, 2002; Grau, Suñer & García, 2005; Keiraoui et al., 2012; Suñer Soler, Grau Martín, Font Mayolas, Gras, Bertran & Sullman, 2013) apoyando su validez como indicador de la evaluación en dichos procedimientos.

Los resultados encontrados en trabajadores sanitarios, tanto para las escalas de salud física como mental, son ligeramente mejores que los establecidos para la población general (Burgos Díez et al., 2012; Kheiraoui et al., 2012; Pelliciotti & Kimura, 2010). Al tratarse de población sanitaria, por tanto trabajadora y, en principio sin una limitación grave que les reduzca sus actividades habituales, se espera que manifiesten mejor salud que la población general, parece que esto podría explicarse por el sesgo de “trabajador sano”, ya que en la bibliografía está descrito que la población ocupada tiene mejor sensación de su estado de salud (Artazcoz, Moya, Vanaclocha & Pont, 2004). Sin embargo Suñer Soler, Grau Martín, Font Mayolas, Gras, Bertran y Sullman (2013) en una muestra hospitalaria (AE) obtuvieron que la CVRS fue menor que los referentes a población general, sobre todo en el componente mental.

En cuanto a las diferencias de sexo, las mujeres sanitarias presentaron peor salud que los hombres en las ocho escalas del SF-36 (Burgos Díez et al., 2012; Kheiraoui et al., 2012; Tountas, Demakakos, Yfantopoulos, Aga, Houliara & Pavi, 2003), esta tendencia es similar en población general (Alonso et al., 1995; Villagut et al., 2005). Las médicas de AP presentan igual salud física que los médicos, sin embargo en cuanto a salud psicológica, las médicas manifiestan peor salud que los médicos (Delgado-Sánchez, Saletti-Cuesta, López-Fernández & Toro Cárdenas, 2013).

Si tenemos en cuenta la CVRS en los entornos sanitarios encontramos que los profesionales sanitarios del medio hospitalario (AE) a menudo emplean un tiempo considerable de intensa relación con el paciente, se encuentran en situaciones problemáticas y necesitan actualizarse frecuentemente con el aparataje de cada unidad. En una muestra de sanitarios italianos (médicos/as, enfermeros/as y terapeutas ocupacionales) se ha estudiado la CVRS y los trabajadores que llevaban trabajando más de 15 años lograron una puntuación de salud general más baja que aquellos que llevaban menos años trabajando. Además las enfermeras puntuaron más bajo en dolor corporal y función emocional que los médicos. Si se compara esta muestra con población general italiana, el personal sanitario tuvo una mayor puntuación en salud general, función física, rol físico, dolor corporal y salud mental y menores puntuaciones en vitalidad, función social y rol emocional (Kheiraoui et al., 2012). En un hospital de Atenas (Grecia), los médicos presentaban mejor salud que las enfermeras y auxiliares (Tountas et al., 2003). El personal auxiliar parece tener peor salud, peor CVRS posiblemente por el impacto social en el lugar del trabajo y la jerarquía profesional (Marmot & Feeney, 1996).



La percepción de CVRS y los niveles de burnout entre el personal sanitario (médicos/as, enfermeros/as y auxiliares de enfermería) en una muestra de cinco hospitales (AE) de Girona (España), era peor entre los que presentaban un alto nivel en cualquiera de los componentes del burnout. Al comparar las dimensiones del SF-36 en las distintas profesiones, se encontró que los médicos/as habían percibido una mejor salud en las dimensiones del componente físico que las enfermeras y las auxiliares de enfermería (Suñer Soler et al., 2013). Los profesionales que manifestaron errores de medicación presentaban peor CVRS, además los técnicos/as alcanzaban peores condiciones de salud con relación a los enfermeros (Pelliciotti & Kimura, 2010).

Por último, las enfermeras gestoras mostraron mejor salud general y salud mental que las enfermeras asistenciales de cuidados intensivos al analizar el estrés relacionado con el trabajo, la CVRS, la satisfacción laboral y la rotación de las enfermeras de cuidados intensivos y de las enfermeras gestoras (Kohler, 2010).

En los entornos laborales de AP, encontramos que la puntuación de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios de primaria en Madrid, ha sido de 3 puntos en una escala de 1 a 5. La variable más determinante ha sido la categoría profesional. No se ha encontrado influencia de la carga asistencial, del tiempo trabajado o si se trabaja en zona urbana o rural. Los factores con peor puntuación fueron el salario, la sobrecarga y la promoción mientras que las relaciones con compañeros y pacientes fueron lo mejor puntuado (Garzón González, Chacón García, Rodrigo Yudego, Alemany López, Domínguez Peña & Martínez Cervell, 2010).

Un grupo de profesionales sanitarios y no sanitarios de AP de Asturias, tienen una percepción media de su calidad de vida profesional, también perciben que los directivos les dan un apoyo medio y que tienen una elevada motivación intrínseca para

afrontar unas demandas altas en sus puestos de trabajo (Alonso Fernández, Iglesias Carvajo & Franco Vidal, 2002), puede que estas características se relacionen, a priori (acaban siendo directivos los más motivados) y en parte, están relacionadas con una mayor capacidad de decisión.

En una muestra de sanitarios madrileños de AP, observaron un nivel medio de calidad de vida profesional, aunque la valoración era peor en los médicos. Se percibe excesiva carga de trabajo y escasos recursos aportados por la administración (Sánchez González, Álvarez Nido & Lorenzo Borda, 2003).

En conclusión, los resultados de los estudios que han analizado la calidad de vida relacionada con la salud en personal sanitario, remarcan varios aspectos relevantes: en primer lugar, la relevancia del sexo, parece que las mujeres sanitarias presentan peor salud física y psicológica que los varones en términos generales, aunque estas diferencias se atenúan o desaparecen cuando se igualan los entornos familiares y laborales, en segundo lugar, la relevancia de la actividad profesional que desarrollan los sanitarios deja patente que se necesita analizar las consecuencias del contexto sanitario sobre la salud de los PS, y en tercer lugar, el estilo de personalidad y estilo de afrontamiento con el que se enfrentan a las situaciones laborales que desempeñan. Como se verá más adelante, teniendo en cuenta el modelo transaccional de salud, como modelo teórico (apartado 2.1.1, pp 21), estas variables individuales y contextuales serán consideradas en la presente Tesis Doctoral.

### **2.3.3 – Fuentes de satisfacción en profesionales sanitarios: laboral y familiar**

La satisfacción se define normalmente como el componente cognitivo del bienestar subjetivo (Veenhoven, 1994). Las investigaciones sobre el bienestar psicológico subjetivo, la satisfacción en general, satisfacción con la vida y la calidad de vida, se han visto incrementadas a lo largo de las últimas décadas, desde la psicología positiva (Alarcón, 2006; Diener, 2000; Goñi, Rodríguez & Ruíz de Azúa, 2004; Steel, Schmidt, & Shultz, 2008).

El bienestar psicológico se asocia a la satisfacción que las personas tienen en su vida; encontramos a personas más satisfechas que otras, lo que ha dado lugar a múltiples estudios sobre esta cuestión. El balance e interpretaciones que la persona hace de su vida en relación a sus vivencias inciden de forma directa sobre la satisfacción vital de la persona y por ende, sobre su bienestar (Coronel de Pace, 2002).

La satisfacción puede ser medida de manera global o en relación con dominios específicos, entre los cuales tradicionalmente los sujetos consideran que la familia y el trabajo ocupan un lugar importante para explicar su satisfacción global (Campbell, Converse & Rodgers, 1976).

En las organizaciones sanitarias generalmente se analizan el grado de satisfacción de los profesionales y cómo perciben el clima laboral en el que desarrollan su trabajo, sin embargo son escasas las investigaciones que además consideren las características personales (estilos de personalidad y afrontamiento) como variable que pueda afectar a la salud de los PS. En esta Tesis Doctoral se considerarán ambas características contextuales y características personales como elementos posiblemente relacionados con la salud psicológica del personal sanitario.

### **2.3.3.1 – Contexto laboral**

Cuando se habla de entorno laboral saludable o clima laboral nos estamos refiriendo a numerosos elementos relacionados entre sí: componentes físicos y estructurales de las políticas, componentes profesionales y ocupacionales, y componentes cognitivos, psicológicos, sociales y culturales (RNAO, Registered Nurses' Association of Ontario, 2008). Son múltiples las variables que intervienen en los entornos laborales de manera que, en este apartado se revisan los componentes principales del clima laboral sanitario (calidad de vida profesional, satisfacción del clima laboral, turnicidad, crisis financiera y sanitaria) para vislumbrar los riesgos laborales más generales que puedan modificar o alterar la percepción de la salud de los PS.

#### ***Calidad de vida profesional***

Se define la calidad de vida profesional como la experiencia de bienestar derivada del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas o carga de trabajo desafiante, intenso y complejo, y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) de que dispone para afrontar esas demandas (García Sánchez, 1993).

La calidad de vida profesional dependerá de diversos factores, algunos de índole personal (edad, sexo, personalidad) y/o familiar (estado civil, apoyo familiar), otros estrictamente laborales (retribución, carrera profesional), que por ser comunes a toda la organización sólo podrían modificarse mediante cambios que dependen de ámbitos superiores, y por último, otros factores relacionados con el reconocimiento profesional,

las condiciones de trabajo y el estilo de dirección, que pueden ser modificados a corto y medio plazo en el ámbito de la gestión de un área sanitaria (Cabezas, 2000). Por tanto, el objetivo de la calidad de vida en el trabajo, está centrado en alcanzar una mayor humanización del trabajo mediante el diseño de puestos de trabajo más ergonómicos, unas condiciones de trabajo más seguras y saludables y organizaciones más eficaces, democráticas y participativas que sean capaces de satisfacer las necesidades y demandas de sus miembros, así como de ofrecerles oportunidades de desarrollo profesional y personal (Segurado & Agulló, 2002). Hay autores que sustentan la existencia de un consenso respecto a que se trata de un constructo subjetivo que tiene una relación indisoluble con la calidad de vida (Martel & Dupuis, 2006).

Muñoz-Seco, Coll-Benejam, Torrent-Quetglas y Linares-Pou, (2006) describen la calidad de vida profesional en un grupo de sanitarios de AP de Menorca, informando de que el clima laboral influye en la calidad de vida profesional, especialmente en la motivación y el apoyo directivo. El compromiso mejora la motivación intrínseca y la percepción de demandas. La valoración del apoyo directivo mejora si lo hacen la cohesión y el trabajo en equipo.

### ***Satisfacción del clima laboral***

La satisfacción del clima laboral, es una variable significativa asociada positivamente con el bienestar psicológico (Rathi, 2009), con el bienestar de los trabajadores (Al-Qutop & Harrim, 2011), con el desempeño laboral (LooSee & Raduan, 2007), con la satisfacción laboral, el compromiso afectivo, la intención de rotación y la satisfacción con la vida (Chan & Wyatt, 2007), con el compromiso organizacional y la

intención de rotación (Huang, Lawler & Lei, 2007; Korunka, Hoonakker & Carayon, 2008), con la satisfacción laboral (Gupta & Sharma, 2011), con la productividad (Bagtasos, 2011), con la competencia profesional y las relaciones con los compañeros (Fernández, Omínelo, Villanueva, Andrade, Rivera, Gómez & Parrilla, 2000; Molina & Ávalos, 2007; Peñalver, Ríos, Maestro, Almaida, Martínez, Marín, Navarro, Alcolea, Pérez, Pérez & Piñera, 2007; Pérez & Díaz, 2007; Ríos & Godoy, 2008), por citar algunas variables. Otros autores que han analizado la relación entre estrés ocupacional y satisfacción laboral, han encontrado una relación inversa, es decir; a mayor estrés menor satisfacción laboral (Escribà-Agúir, Artazcoz & Pérez-Hoyos, 2008; López-Aráujo, Osca & Peiró, 2007; Marulanda, 2007).

El clima laboral en una muestra de enfermeras y auxiliares de enfermería de un hospital (AE) de alta complejidad están más relacionadas con el entorno laboral y las que definen la satisfacción más relacionadas con las parcelas personales (familiar y laboral) de los profesionales (García Pozo, Moro Tejedor & Medina Torres, 2010). Los datos obtenidos sugieren que a mayor especialización mayor es el grado de satisfacción que el trabajo proporciona encontrando diferencias estadísticamente significativas entre las medias de valoración de enfermeras y auxiliares de enfermería con la valoración de los auxiliares de obras y servicios como se describe en otros estudios (Cooper, Rout & Farengher, 1989)

El clima emocional en el ámbito de la salud es uno de los factores que afectan directamente el desempeño profesional y la calidad de la atención sanitaria. En profesionales de Andalucía se analizó el clima emocional de los equipos de trabajo, en función del número de profesionales que lo componían (grupos pequeños menores de 8 personas, grupos medianos de 8-12 personas y grupos grandes mayores de 12 personas).

Se observó que el tamaño del grupo incide en el clima emocional de los equipos de manera directamente proporcional: a mayor tamaño del grupo, mayor calidad del clima emocional (March Cerdá, Danet, Romero Vallecillos & Prieto Rodríguez, 2010).

En cuanto a la satisfacción laboral de los PS, encontramos que los principales indicadores de satisfacción laboral en enfermería son: el salario, el reconocimiento profesional, la relación con los compañeros y directivos, las condiciones del trabajo, la autonomía, las expectativas de promoción y las políticas de flexibilidad horaria para conciliar vida familiar y laboral (Campbell, Fowles & Weber, 2004; Robles García et al., 2005).

Es difícil y duro llevar a cabo un buen trabajo sino se está a gusto con el equipo que se trabaja o en la unidad donde está asignado. La mayor parte de los médicos/as se sienten satisfechos por el salario, por la dedicación a la medicina (Escribá-Agüir & Bernabé-Muñoz, 2002), también por el estatus o prestigio que proporciona y el reconocimiento de los pacientes y en particular por los propios compañeros (Fernández, Villagrasa, Gamo, Vázquez, Cruz, Aguirre & Andradas, 1995).

En una muestra de 7.539 enfermeras de 59 hospitales españoles, el 55% de las enfermeras indicaron estar moderadamente satisfechas con su trabajo. Un 26% indicaron que les gustaría abandonar el hospital. El entorno laboral fue desfavorable para el 48% de las enfermeras. Un 22% (1.091) presentaban un alto nivel de burnout. La satisfacción laboral fue inferior en las Unidades de Cuidados Críticos, con el 70% de las enfermeras muy o moderadamente satisfechas (Fuentelsanz Gallego, Moreno Casbas, López Zorraquino, Gómez García & González María, 2012).

En estudios internacionales, las relaciones entre la satisfacción laboral del personal de enfermería y la calidad de la atención percibida por los pacientes en cuatro

hospitales de Finlandia, correlacionó positivamente (Kvist, Voutilainen, Mäntynen & Vehviläinen-Julkunen, 2014). En una muestra de enfermeras chinas se identificaron niveles moderados de satisfacción laboral, las puntuaciones más bajas correlacionaban con los salarios y la falta de promoción (Wang, Tao, Ellenbecker & Liu, 2012). Mientras que la mayoría de enfermeras de neurología de Shanghai (China) no estaban satisfechas y presentaban niveles altos de burnout (Jiang, Li, Gu & Lu, 2014).

La satisfacción global de una muestra de médicos/as de AP disminuye a medida que el profesional envejece. La satisfacción laboral y el desgaste profesional presentan un comportamiento muy próximo y de sentido inverso, puesto que la satisfacción aumenta cuando el desgaste profesional adquiere valores bajos (Sobrequés, Cebriá, Segura, Rodríguez, García & Juncosa, 2003). La salud mental de los/as médicos/as de Atención Primaria parece estar protegida por una mayor satisfacción laboral; sin embargo, es más precaria entre los que presentan mayor estrés laboral (Esteva, Larranz & Jiménez, 2006).

Palacio Lapuente, Marquet Palomar, Oliver Esteve, Castro Guardiol, Bel Reverter y Piñol Moreso (2003), afirman que los aspectos más valorados por los profesionales de AP son las actitudes que definen su relación con pacientes y profesionales, y la forma en que son gestionados por sus directivos. Estas características de actitud y de percepción de la gestión directiva podrían tener relación con la variable compromiso. Así, los profesionales con mayor compromiso declaran menor percepción de cargas de trabajo y mayor motivación. Tal vez éste sea el motivo de que los trabajadores de los modelos autogestionados muestren una mayor satisfacción, especialmente en la percepción de que su empresa se esfuerza en mejorar su calidad de vida en el lugar de trabajo (Ponsá, Cutillas, Elías, Fusté, Lacasa, Olivet, Violan,



Bañeres, Ferrer, Orrego & Suñol, 2003).

Los niveles de satisfacción de las enfermeras con el trabajo domiciliario son altos. Se valora positivamente la influencia de la familia en el bienestar del enfermo. Entienden que la atención a los enfermos en fase terminal (cáncer y sida) requiere apoyo desde la atención especializada. Tiene gran importancia la coordinación y comunicación entre el equipo de salud para una correcta atención a estos pacientes (Frías Osuna, Prieto Rodríguez, Heierle Valero, Gil García, & Aceijas Hernández, 2004).

En una muestra de profesionales de enfermería, se han estudiado la relación entre el síndrome de burnout y algunas variables ocupacionales (antigüedad en el puesto, antigüedad en la profesión, satisfacción laboral, especialización y turno laboral) Se realizó un meta-análisis de 81 estudios que cumplieran los criterios de inclusión establecidos: 31 sobre antigüedad en el puesto, 29 en experiencia profesional, 37 relacionados con satisfacción laboral, 4 con especialización y 6 con turno laboral. Los tamaños del efecto medio indicaron que la satisfacción laboral y, en menor medida, la especialización eran factores importantes que influyen en el burnout. Uno de los indicadores importantes de salud laboral, dentro de las unidades de enfermería es “encontrarse a gusto en la unidad” y “el tiempo de permanencia”. A medida que pasan los años el personal de enfermería está más susceptible al descontento y a la falta de interés por el trabajo. Este tipo de insatisfacción laboral suele mantenerse en constantes peticiones de cambio de unidad o de turno. Estos cambios suelen producirse alrededor de 3-5 años de permanencia en el mismo servicio. Las razones más frecuentes del cambio son por incompatibilidad con el equipo y fatiga física y psíquica (Vargas, Cañadas, Aguayo, Fernández & de la Fuente, 2014).

Sánchez-Uriz, Gamo, Godoy, Igual y Romero (2006) señalan que en los últimos tiempos se está produciendo un incremento de patologías psicológicas que presentan importantes secuelas en el contexto laboral (más accidentes laborales, mayor absentismo laboral por enfermedades comunes, menor producción, descenso de la calidad de los servicios, en la calidad de vida y satisfacción de los empleados), derivados de problemas físicos o psíquicos. Por este motivo, estos autores analizan los posibles riesgos psicológicos de los sanitarios. Los resultados de la investigación revelan la existencia de malestar psíquico en el 18.2% de los sanitarios, con diferencias significativas que superan el punto de corte en las variables: lugar de trabajo (hospital), sexo (mujeres), edad (entre 36 y 50 años), categoría profesional (auxiliar de enfermería), contrato (fijo), turno (rotatorio) y llevar trabajando (entre 11 y 15 años). El estudio concluye la necesidad de incorporar cuestionarios de carácter psicosocial para la vigilancia de la salud. Esto proporcionará una visión objetiva de patologías que no puedan ser evaluadas de otro modo y se podrá tener un indicador de salud mental que permita desarrollar medidas adecuadas de prevención; así mismo, otorgará un mayor protagonismo a los procesos organizativos y al arte de “cuidar al cuidador”, favoreciendo una reducción de la problemática ascendente de distrés psicológico en personal sanitario.

### ***Turnicidad***

En cuanto a la turnicidad, hay estudios que manifiestan como el trabajo a turnos es un factor de riesgo para los profesionales sanitarios. Los vespertinos, tienen más dificultad para afrontar las demandas sociales, acumulan más sueño atrasado por lo que

tienen más riesgo de accidentes (Giannotti, Cortesi, Sebastiani & Ottaviano, 2002) y, al preferir los horarios más nocturnos tienen asociado un mayor consumo de tabaco, cafeína y alcohol (Fernández- Mendoza, Ilioudi, Montes, Olavarrieta-Bernardino, Aguirre-Berrocal, de la Cruz-Troca & Vela- Bueno, 2010).

Con respecto a las alteraciones producidas por el trabajo a turnos (jornadas de 22 a 8h, jornadas de 12 horas o jornadas de 24 horas) existen estudios que informan sobre los efectos nocivos sobre la salud física y psicológica. Estudios realizados en hospitales catalanes evidencian la relación entre trabajar de noche con factores de estrés, inicio más precoz de burnout y alteraciones del sueño (Bonet Porqueras, Moliné Pallarés, Olona Cabases, Gil Mateu, Bonet Notario, Les-Morell, Iza-Maiza & Bonet Porqueras, 2009). En los trabajadores de noche existen evidencias de manifestaciones inmediatas, que son trastornos sin importancia aparente, tales como irritabilidad, humor cambiante, estreñimiento, falta de apetito, dificultad para conciliar el sueño, estrés, fatiga y una alimentación inadecuada (Carpentier & Cazamian, 1977). Este es un factor a considerar, aunque no será analizado en la presente Tesis Doctoral.

### ***Crisis financiera y sanitaria***

Por último, si tenemos en cuenta la crisis financiera de los últimos años a nivel mundial y en particular en Europa, se ha caracterizado por recortes desproporcionados en los recursos y restricciones en la oferta de los servicios sanitarios, como consecuencia esto ha llevado a efectos potencialmente negativos sobre la igualdad (mayores problemas sociales), la eficiencia y la calidad de los servicios sanitarios. En cuanto a los profesionales sanitarios queda patente el aumento en el grado de estrés del

personal y mayor carga de trabajo. Estos resultados los confirma el amplio estudio RN4CAST realizado a escala europea. Es uno de los estudios más extensos de su tipo y aún un consorcio de investigadores procedentes de 13 países (entre ellos España) dirigidos por la Escuela de Enfermería de la Universidad de Pensilvania de EE.UU. y la Universidad Católica de Lovania, Bélgica. El proyecto tiene como objetivo RN4CAST métodos innovadores de pronóstico, abordando no sólo el volumen, sino la calidad del personal de enfermería, así como la calidad de la atención al paciente (Sermeus et al., 2011; Ausserhofer et al., 2014). En este masivo estudio, se observó que en los hospitales con mejores entornos de trabajo y menor carga de trabajo respecto al número de pacientes por enfermera, tanto los paciente como los profesionales informaron de mayor calidad de la atención sanitaria y mayor nivel de satisfacción de ambos (Sermeus, 2012).

A raíz de la crisis económica en nuestro país, el sindicato de enfermería SATSE, realizó una encuesta sobre la percepción de estrés que están sufriendo los profesionales enfermeros, para ello se entrevistaron a 1.173 enfermeros/as, con representación de todas las comunidades autónomas, resultando que un 84% de los profesionales de enfermería españoles se sienten estresados y perciben que sus condiciones laborales han empeorado, el 77% sienten agotamiento emocional y un 62% no se encuentran realizados en el desarrollo de su trabajo (SATSE, 2012).

El estrés laboral está relacionado con la baja satisfacción laboral, la alta rotación y el abandono de la profesión de enfermería (Aiken, Clarke & Sloane, 2002). En una investigación entre 10 países europeos (Bélgica, Finlandia, Alemania, Irlanda, Netherdan, Noruega, Polonia, España, Suiza y Reino Unido), se analizaron los factores que iban asociados al abandono de la profesión de enfermería de estos países. El

burnout se asoció significativamente con la intención de abandonar la profesión en el ámbito europeo. Estos hallazgos coinciden con los encontrados en varios estudios, que también apuntan a una relación clara entre la intención de abandonar la profesión y el agotamiento de los/as enfermeros/as y de los/as médicos/as (Flinkman, Laine, Leino-Kilpi, Hasselhorn & Salanterä, 2008; Fub, Nubling, Hasselhorn, Schwappach & Rieger, 2008; Jourdain & Chenevert, 2010). Otras variables estudiadas como la relación entre médicos/as, enfermeros/as, el tamaño del hospital y el nivel de estudios de los/as enfermeros/as no están relacionados con la intención de abandonar la profesión de enfermería (Aiken et al., 2012).

En una muestra de personal de enfermería andaluza (AE/AP) se obtuvo una alta prevalencia del síndrome de burnout, aunque más alta que en otros estudios españoles (Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle & Domínguez, 2004; Caballero Martín, Bermejo Fernández, Nieto Gómez & Caballero Martínez, 2001), posiblemente por la situación de crisis económica actual que obliga a los profesionales sanitarios a trabajar más horas por un menor salario y además existe mayor inestabilidad laboral (DeCola & Riggins, 2010; Herrera Amaya & Manrique-Abril, 2008).

Por otra parte, el contexto sanitario como ámbito de trabajo se ve afectado por otro entorno con el que se relaciona directamente, es el ámbito familiar. En relación al entorno familiar, encontramos investigaciones que ahondan en la relación que se establece entre el propio profesional sanitario y el bienestar psicológico. A continuación resaltamos algunas de ellas.

### **2.3.3.2 – Contexto familiar (hogar y familia)**

A pesar de los cambios que en los últimos años se han producido en las relaciones de género, las mujeres siguen siendo las principales responsables de las tareas del ámbito doméstico y familiar (Bustelo, 1992; Ramos, 1990). En el ámbito sanitario aunque hay un incremento progresivo de médicas de familia (AP) dentro y fuera de España (Elston, 2009; Servicio Andaluz de Salud, 2008), pero éstas continúan desarrollando la mayor parte del trabajo en el hogar y presentan mayores conflictos que los médicos a la hora de conciliar la vida laboral y familiar (Delgado Sánchez et al., 2011).

Las mujeres sanitarias están accediendo en gran medida a la educación superior y al trabajo remunerado sin que se distribuyan las tareas y responsabilidades domésticas (Schiaffino et al., 2001). Las médicas catalanas dedican más horas a las tareas domésticas que los médicos (Rohlfs, Arrizabalaga, Artazcoz, Borrel, Fuentes & Valls-Llobet, 2007) y en Andalucía un 73% de los permisos por enfermedad o fallecimiento de familiar, los solicitan las profesionales sanitarias (Servicio Andaluz de Salud, 2008).

Las médicas de familia (AP) en Andalucía presentan una orientación más acusada hacia los aspectos psicosociales de la atención que sus colegas varones, proporcionan más información a sus pacientes y realizan con más frecuencia actividades preventivas congruentes con su sexo (prevención de la obesidad, planificación familiar). Además cuentan con las enfermeras para trabajar más que los médicos (Delgado-Sánchez, López Fernández & Luna, 2001).

En el recorrido de cualquier profesional sanitario existe un balance entre la vida personal y profesional, pero las responsabilidades familiares parece que afectan de

forma diferente a los distintos sexos y están más presentes en la vida de las médicas, tanto si son especialistas hospitalarias (AE) como si son médicas de familia (AP), Gjerberg, (2003).

En una muestra entre médicos y médicas de AP se analizan las diferencias de salud física y psicológica, resultando que las médicas presentan peor salud psíquica que los médicos, sin diferencias en la salud física. El conflicto familia-trabajo se asocia con salud física y psíquica en médicas y médicos. La salud física empeora al aumentar la edad en ambos sexos, mejora en médicas tutoras y disminuye en médicos al aumentar el conflicto familia-trabajo. La salud psíquica disminuye en ambos sexos al aumentar las horas dedicadas al hogar los fines de semana y el conflicto familia-trabajo. En los médicos, la salud psíquica empeora si tienen formación posgraduada y mejora si son directores de centro de salud. La carga de trabajo y las características profesionales tienen escasa relación con la salud de médicos y médicas de familia. Desempeñan un papel más relevante las características familiares (Delgado et al., 2013).

Patlán Pérez, (2013) analizó el efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo de un grupo de profesionales de la salud en México. Los resultados indican un efecto positivo y significativo de la sobrecarga en el burnout y el conflicto trabajo-familia, y un efecto negativo de la sobrecarga en la satisfacción laboral. Además, el burnout está asociado de forma positiva al conflicto trabajo-familia y negativa a la satisfacción laboral

Finalmente, en una muestra de hombres de población general se analizaron las siguientes variables: implicación del cónyuge (de la mujer) en las tareas del hogar y en el cuidado de los hijos. Estas variables correlacionan de manera positiva con la satisfacción familiar y laboral, y con la salud percibida. Es decir, si las mujeres se

encargan de las tareas del hogar y el cuidado de los hijos, los hombres se sienten más satisfechos y perciben que tienen mejor salud. Por tanto, el hecho de que los hombres no realicen tareas del hogar (que las hagan las mujeres) está relacionado con mayor satisfacción y mejor salud (Sánchez-Herrero, Arbide et al., 2009). Por tanto parece pertinente describir estas variables (implicación del cónyuge con las tareas del hogar y el cuidado de los hijos) de la muestra de estudio (profesionales sanitarios).

En definitiva, el entorno familiar con el cuidado de los hijos y la dedicación al hogar, son elementos a considerar en el personal sanitario. Los profesionales de la sanidad dedicados a los cuidados de la salud, tienen que mantener un equilibrio entre sus cuidados en el ámbito laboral, y los cuidados de hijos y hogar, en el ámbito familiar.

En conclusión, las fuentes de la satisfacción en personal sanitario se han medido considerando su calidad de vida, así como el balance del bienestar. En esta investigación se han descrito dos áreas relevantes (hogar y familia), de esta manera se ha tenido en cuenta además de la carga del trabajo remunerado (actividad sanitaria) la carga del tiempo dedicado al hogar y al cuidado de los hijos, analizando las diferencias según el sexo y la actividad sanitaria (atención especializada y atención primaria) de los profesionales sanitarios.

Para finalizar este capítulo, se va a analizar el contexto sanitario, describiendo su estructura organizacional (AE/AP) y su peculiar feminización.



## **2.4 –CARACTERÍSTICAS CONTEXTUALES EN EL ENTORNO SANITARIO**

El objetivo de este apartado es describir las peculiaridades de los entornos laborales de los profesionales sanitarios (PS) para así poder conocer que efectos sobre la salud de los sanitarios pueden tener estas características contextuales. En primer lugar, en el ámbito laboral se revisan la estructura sanitaria, con las características más relevantes de la organización y funcionamiento de los servicios sanitarios, haciendo referencia al contexto/actividad sanitaria de atención especializada (AE) y de atención primaria (AP) dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS) y, en segundo lugar, se dibujará la realidad de la feminización de las profesiones sanitarias.

Por tanto, cuando hablamos de contexto laboral de los profesionales sanitarios nos queremos referir a dos ubicaciones: una, sería la estructura sanitaria, y la otra, se trata de los roles de género (feminización) en el ámbito sanitario, de esta manera se describen las características contextuales (contexto laboral) de los profesionales de la salud.

### **2.4.1 – Estructura de la asistencia sanitaria**

Los profesionales sanitarios (médicos/as, enfermeros/as, auxiliares de enfermería y fisioterapeutas, entre otros) desarrollan sus actividades laborales dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS). En España, como consecuencia de la ley General de Sanidad (1986) se exponen unas competencias en materia de sanidad que se detallan a continuación en la tabla 2.1.

Tabla 2.1: Competencias del Estado en materia de sanidad

CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SNS	ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO	Bases y coordinación de la sanidad Sanidad Exterior Política del medicamento Gestión del Instituto nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)
	COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Planificación sanitaria Salud pública Gestión de servicios de salud
	CORPORACIONES LOCALES	Salubridad Colaboración en la gestión de los Servicios públicos

Fuente: Reparto de competencias según la Constitución Española de 1978; Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad; y la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

La respuesta al RDL 16/2012 por parte de organizaciones de la sociedad civil y asociaciones profesionales indica el interés de fomentar canales de participación ciudadana para el desarrollo de políticas sanitarias basadas en el objetivo de mantener el carácter universal y la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público Español en el momento actual de crisis económica y sistémica (Suess, Ruiz Pérez, Ruiz Azarola & March Cerdà, 2014).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), nuestro Sistema Sanitario como Sistema Nacional de Salud, está considerado como uno de los mejores del mundo. Según, un estudio de la Harvard School of Public Health, el 59% de la población española, está muy satisfecha, respecto a las tareas que llevan a cabo los/as enfermeros/as de Atención Primaria (García-Vallejo, Lázaro Marí & Quintana Bravo, 2008).

Una vez que se ha expuesto de manera general el funcionamiento del SNS, a continuación se desarrollan las características de los niveles asistenciales y las competencias de los PS, haciendo una reseña final de los entornos laborales.

### **Niveles asistenciales.**

En la organización sanitaria del Sistema Nacional de Salud, se conciben dos niveles asistenciales: un primer escalón de Atención Primaria (AP) cuyo referente físico es el centro de salud y un segundo, la Atención Especializada (AE) cuyo referente es el hospital (Freire & Navarro-López, 2004). Tanto las gerencias hospitalarias como la gerencia de AP acuerdan sus presupuestos en un sistema de contrato programa con la dirección del Servicio Autonómico de Salud para el periodo presupuestado (Díaz Ojeda, Navarro Barrios & Prado Díaz, 2005).

### **Atención Primaria (AP)**

La Atención Primaria tiene la capacidad resolutive de llevar a cabo las demandas y necesidades psicosociales del individuo, la familia y la comunidad. Integración de las competencias profesionales: comunicación y trabajo en equipo. Promoción, prevención y la educación de la ciudadanía (Clèries Costa, Sarrado Soldevilla & López Vicente, 2007). Además, se caracteriza por ser el primer contacto (accesibilidad), por dar cobertura de salud a las personas (globalidad), por ser una atención continua a lo largo del tiempo y coordina la atención cuando la población recibe servicios de otros niveles sanitarios. La AP implica un abordaje multidisciplinar de las actuaciones en salud y, el trabajo en equipo es uno de los pilares organizativos (Martín Zurro, 2008).

### **Atención Especializada (AE)**

La Atención Especializada comprende actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas (especialidades médicas y quirúrgicas, tanto en consultas externas, hospital de día como en unidades de hospitalización y servicios especiales) y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realice en este nivel. Además la AE garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, sirviendo de apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz, y en su caso, la hospitalización a domicilio, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel. Además comprenderá la atención paliativa a enfermos terminales, la atención a la salud mental y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable. (ley 14/1986, 25 de abril, General de Sanidad y Ley 16/2003, 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud).

En la tabla 2.2, se presenta la organización de los dos niveles de asistencia sanitaria (AP/AE).

	ATENCION PRIMARIA	ATENCION ESPECIALIZADA
Características	Accesibilidad	Complejidad
Actividades	Promoción de la salud y de prevención de la enfermedad con capacidad de resolución técnica para abordar de forma completa los problemas de salud más frecuentes	Cuenta con los medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad y coste cuya eficiencia aumenta si se concentran
Acceso	Espontáneo	Por indicación de facultativos de atención primaria
Dispositivo asistencial	Centro de salud y consultorios locales	Centros de especialidades y hospitales
Régimen de atención	En el centro de salud y en domicilio del ciudadano	De manera ambulatoria o con internamiento

Fuente: Sistema Nacional de Salud. España, 2012.

Dada esta disposición se recomienda al nivel de AP tareas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, enfocados a procesos crónicos y agudos de menor complejidad, caracterizándose por tener mayor autonomía, mientras que al nivel de AE corresponderían procesos agudos de media y alta complejidad, con la singularidad del desarrollo de la alta tecnología.

No obstante, el perfil de paciente que se atiende tanto en AP como en AE en los últimos años, además de presentar enfermedades crónicas, cada vez son más ancianos, lo que confiere una mayor fragilidad y una mayor presencia de pluripatología (Adarraga et al., 2001; Martín-Lesende, Gorroñogoitia, Gómez, Baztán & Abizanda, 2010). Con estas características se ve aumentada la necesidad de coordinación entre ambos niveles (AE/AP) para disminuir los reingresos hospitalarios, la discapacidad progresiva como la elevada mortalidad (García Morillo et al., 2005). Por tanto, una adecuada administración de cuidados en estos pacientes requiere un manejo multidisciplinar clínico y social, donde la continuidad asistencial es imprescindible (Fernández Moyano & Ollero Baturone, 2010; Gómez Moreno, Orozco-Beltrán, Carratalá-Munuera & Gil-Guillén, 2006). Parece coherente pensar que la asistencia sería de mayor calidad si se hiciera de manera coordinada y complementaria entre ambos niveles asistenciales; no obstante, aunque esta continuidad está dificultada por la falta de relación y coordinación de los propios profesionales (Fernández Moyano et al., 2007) aunque en las últimas décadas se ha incorporado la gestión por procesos asistenciales integrados para favorecer la continuidad asistencial interniveles, para llegar en la actualidad al modelo de gestión de casos. La gestión de casos tiene como objetivo llevar a cabo la mejora de la calidad de los servicios y costo-efectividad de las intervenciones, una mayor cohesión de los equipos asistenciales interniveles (AE/AP) y, por supuesto, que todo ello

contribuya a la sostenibilidad del sistema sanitario y a la satisfacción de los usuarios y de los profesionales (Appleby & Camacho Bejarano, 2014; Enseñat Grau, 2013; Morales Asensio, 2014).

Este escenario sanitario (AE/AP) define las peculiaridades del contexto laboral como variables situacionales, que serán beneficiosas o perjudiciales para la salud de los sanitarios, de ahí que en esta Tesis Doctoral se analice el contexto/actividad sanitaria como elementos relacionados con la salud psicológica de los profesionales de la salud.

### **Competencias de los profesionales sanitarios.**

El contexto dentro del trabajo en los equipos sanitarios viene dado por la esfera organizacional, relacional y comunicacional. El desempeño profesional no depende sólo de factores relacionados a la competencia (conocimientos, habilidades y actitudes) y eficiencia de cada trabajador, si no también del propio clima interno propio de cada equipo (Show, 2002). Es evidente la importancia del clima organizacional, de ahí las numerosas investigaciones sobre el estrés y su salud (Grau, Suñer & García, 2005), la calidad de vida, el desgaste profesional y la satisfacción laboral (Robles García et al., 2005).

A continuación, se describirán las principales competencias de los profesionales sanitarios, en concreto de los profesionales médicos y enfermeros de Atención Especializada y Atención Primaria, ya que son los más representativos de esta investigación (médicos 26.5%, enfermeras 54.5%, auxiliares de enfermería 14.7%).

### **Competencias de los médicos/as**

A los médicos les corresponde la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención. Según Huertas, Pérez y Castellanos, (2000), pueden establecerse tres grupos de competencias: básicas, con las que cada uno construye su aprendizaje; personales, las que nos permiten actuar responsablemente y, profesionales, las que garantizan el cumplimiento del ejercicio profesional (Lafuente, Escanero, Manso, Mora, Miranda, Castillo, Díaz Veliz, Gargiulo, Bianchi, Gorena & Mayora, 2007).

### **Competencias de los enfermeros/as**

A los enfermeros/as les corresponde la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades. El eje central del profesional de enfermería es el cuidado de manera integral del individuo, la familia y la comunidad, con competencias y prácticas clínicas basadas en la metodología y evidencias científicas, con funciones autónomas e interdisciplinarias en la asistencia, docencia, gestión, administración e investigación.

Una vez se ha descrito el contexto laboral, ha quedado evidente que las condiciones particulares del trabajo de las personas afectan su bienestar y estado de salud (Leitner & Resch, 2005). En este sentido, Parra (2003) señala que el trabajo puede

ser fuente de salud, causar daño o agravar problemas de salud. Como fuente de salud, a través del trabajo se puede acceder a una serie de condiciones laborales que satisfacen no sólo las necesidades económicas básicas, sino también las relacionadas con el bienestar individual y grupal. Puede causar daño a la salud, cuando afecta el estado de bienestar de las personas en forma negativa (accidentes de trabajo, enfermedades profesionales) y puede agravar problemas de salud, previamente existentes, cuando interactúa con otro tipo de factores de riesgo como el consumo de tabaco, exceso de colesterol, sedentarismo, etc.

Finalmente, a las particularidades del contexto laboral sanitario que se han expuesto a lo largo en este capítulo, hay que añadir la feminización de estos entornos para poder conocer las consecuencias sobre la salud de los PS.



#### **2.4.2 – Roles de género en el entorno sanitario**

En el mapa que se dibuja por especialidades sanitarias, se distinguen tres grandes grupos: un primer grupo donde se advierte claramente una masculinización de la profesión, en la que las mujeres no llegan a representar un 40% de la población. Estas especialidades comprenden, la medicina, cirugía, traumatología, cuidados intensivos, urgencias, psiquiatría y servicios centrales como más relevantes. El segundo grupo reúne las especialidades donde las mujeres se encuentran entre el 40-60%, siendo unidades más feminizadas (rehabilitación, farmacia y fisioterapia). Por último, aquellos puestos de trabajo en que las mujeres superan el 60%, son pocos, pero concentran la mayor parte en hospitales (enfermería, auxiliares de enfermería y matronas). Los sectores en los que las mujeres obtienen una mayor representación es en enfermería con cerca del 80% de profesionales, tanto en atención especializada, como en atención primaria (MSC, 2009. Informe Salud y Género, 2007-2008).

Las diferentes experiencias vital, familiar y laboral de hombres y mujeres determinan la manera de vivir y enfermar, no sólo porque estén expuestos a diferentes riesgos, sino también por un desigual acceso al conocimiento y recursos para afrontar dichos riesgos (Rieker & Bird, 2000). Además, en el ámbito sanitario a pesar de la importante presencia femenina en medicina y en particular en enfermería en el terreno asistencial, sin embargo nos encontramos como los cargos de responsabilidad y representación siguen siendo ocupados por varones, lo que contribuye a perpetuar situaciones de desigualdad, estas diferencias se ven reflejadas en la salud de hombres y mujeres (Hernández, 2010).

En cuanto a la atención primaria, las mujeres son la mayoría también aunque en un porcentaje algo menor que en los hospitales, alrededor del 63%. Los sectores en que las mujeres obtienen mayor representación son enfermería, con cerca del 80 % de profesionales, y personal no sanitario, con casi el 70 % de representación femenina. Se puede afirmar entonces, que la gran mayoría de las mujeres de los centros de salud ocupan los niveles más bajos en la estructura del personal. Pediatría, menos voluminosa en cuanto a personal empleado, es mayoritariamente femenina aunque con un porcentaje bastante cercano a la paridad. Lo mismo ocurre con medicina de familia (AP) que suma una tercera parte del personal total, aunque con el porcentaje invertido de manera que es la única especialidad en que son mayoría los hombres (MSC, 2009. Informe de Salud y Género 2007-2008).

A lo largo de las últimas décadas la incorporación de las mujeres a las profesiones sanitarias ha sido evidente, destacando la feminización de los entornos sanitarios. Todo hace suponer que esta tendencia seguirá en aumento con la incorporación de los jóvenes profesionales, teniendo en cuenta la actual composición del alumnado, que es mayoritariamente femenino. En medicina, más de tres cuartas partes de los estudiantes europeos son mujeres y en Norteamérica y Canadá lo son ya el 50%. Esta situación preocupa en algunos sectores (Asociación Europea de Médicos Asalariados) porque leen la tendencia al descenso en las retribuciones y en la cobertura sanitaria, debido a que las mujeres en general, prefieren jornadas más cortas y dedican más tiempo a cada persona que acude a la consulta. Además, no deja de ser llamativo que en medicina, las mujeres estén representadas más en ciertas especialidades (generalistas, diagnóstico y salud mental) mientras que los hombres dominan las

especialidades quirúrgicas (Ortiz Gómez, 2007; Ortiz-Gómez, Birriel-Salcedo & Ortega del Olmo, 2004).

Uno de los principales estereotipos de género (creencia u opinión, sin base científica, según la cual algunas actividades, profesiones o actitudes son más propias de un sexo o del otro) en el sistema sanitario, es aquel según el cual, las *mujeres se dedican a cuidar* mientras que los *hombres se centran en la tarea de curar*. De esta manera se atribuye al sexo masculino el dominio de la técnica y la ciencia mientras que las mujeres cuentan con una serie de destrezas y capacidades innatas que las vuelve mejores cuidadoras (Germán, 2006; Germán & Miqueo, 2008). La calificación de la mujer como cuidadora tiene la base en el ser para otros: para hijos e hijas, para el cónyuge y para los progenitores (Lagarde, 2003).

Según algunos profesionales, parece que hay determinadas actividades atribuibles al perfil femenino y otras al perfil masculino. En este sentido, especialidades que requieren mayores requerimientos presenciales (y aquí entra el rol de la mujer en el cuidado familiar) juega un papel determinante a la hora de elegir la especialidad. Por eso, especialidades como la cirugía, que requieren presencia de guardias, urgencias y gran disponibilidad son elegidas más por los hombres que por las mujeres. Sin embargo, especialidades más médicas, que no precisan tanta disponibilidad, sino que se trabaja a turnos son elegidas por mujeres, aunque este debate parece estar cambiando en los últimos años debido a la feminización de la profesión médica.

Desde la perspectiva de género, es muy significativa, la aportación de lo que significa *ser médica y mujer* en la sociedad actual, con el dilema entre la presión por la reproducción familiar y la necesidad de desarrollo profesional, un conflicto que no es fácil de resolver y que tiene consecuencias en lo personal y en lo profesional (Delgado

Sánchez, Távora Rivero & Ortiz Gómez, 2003). Algunas de las consecuencias en lo personal son el menor número de hijos, comparativamente con sus colegas masculinos (Bowles, Kevorkian & Rintala, 2007) y mayor predisposición a la separación o el divorcio (Grandis et al., 2004). También en un grupo de médicos/as de AP, la salud física y psicológica tanto en médicos como en las médicas disminuye al aumentar las horas dedicadas al hogar los fines de semana y el conflicto familia-trabajo (Delgado, et al., 2013).

Asimismo, la presencia o ausencia de mujeres en puestos de responsabilidad está asociada a *la negación de la autoridad a las mujeres* como estereotipo de género (Bleichmar, 2008; Yago, 2008). La autoridad es una cualidad que se suele vincular con lo masculino mientras que tradicionalmente el papel de las mujeres ha sido el de sumisión. Además, las mujeres tanto en el campo universitario como en el sanitario tiene una presencia secundaria, porque a las mujeres se les exige o pide mayor demostración de conocimientos, saberes y habilidades profesionales que a sus compañeros hombres, así como la ostentación del poder que se ejerce de manera distinta entre mujeres y hombres (Delgado et al, 2003).

En suma, las *diferencias salariales entre mujeres y hombres* en el sector sanitario se sitúan en torno al 38 %. La explicación más probable, es la mayor temporalidad femenina y además los hombres cobran más complementos (como productividad o guardias). Esta diferencia se explica también por la diferente distribución de hombres en puestos de mayor rango y salarios más elevados (Dolado & Felgoroso, 2007). Además, se debe contemplar la diferencia salarial entre los diferentes servicios de salud públicos, que pueden llegar a representar el 30 % de diferencia en el salario en función de la comunidad autónoma en que se ejerza (Hidalgo & Matas,

2004). Otras aproximaciones al tema remarcan la diferente precariedad laboral, observable en varias especialidades, entre mujeres y hombres (Solsona, Treviño & Merino, 2006).

Aunque, las profesiones sanitarias tienen alta participación de mujeres, sin embargo son *pocas las que llegan a altos cargos de responsabilidad*, esta diferencia entre la feminización del sector médico y el bajo nivel de participación de las mujeres en cargos de toma de decisiones en las instituciones sanitarias ha sido objeto de algunos estudios y motivo de debates en torno a sus causas. El rol social y cultural asignado a la mujer impacta sobre su identidad y obstaculiza la incorporación de éstas a puestos de mandos dentro de los hospitales (Arrizabalaga & Vals-Llobet, 2005).

Tampoco se ha encontrado paridad al analizar la presencia de las mujeres en las estructuras directivas de las sociedades científicas de salud en España actualmente. La presencia femenina es mayor en las sociedades de enfermería y de primaria que en las médicas y las hospitalarias. Disminuye con el nivel de responsabilidad (Casado Mejía & Botello Hermosa, 2014).

La profesión de enfermería se caracteriza por ser socialmente una profesión de “mujeres” y, por tanto, feminizada basada en los tópicos y alejada de la realidad. Además, el peligro de la asociación naturalizada reside en el acotamiento espacial de los cuidados, que pueden llegar a percibirse como más vinculados al cuidado doméstico a pesar de que se desarrolle en un contexto hospitalario (Germán & Miqueo, 2008). La propia naturalización de los cuidados implica una desvalorización de éstos en tanto que lo natural no conlleva esfuerzo y, por tanto, no es valorado (Alberdi Castell, 1998). Además, el tópico de ser una profesión feminizada, viene a reforzarse también, con los medios de comunicación que transmiten una imagen muy alejada de la realidad.

A menudo, las enfermeras abandonan temporalmente la profesión, por razones de maternidad, y en muchas ocasiones su incorporación al trabajo, supone un problema añadido a su responsabilidad como madres, por la insuficiencia de medidas de conciliación, existiendo la posibilidad de aparecer problemas de salud, asociados al estrés laboral y la presión familiar (Härmä, 2006; Mills & Aubeeluck, 2006).

No obstante, el incremento en la incorporación de hombres a la enfermería nos hace reflexionar en torno a la cuestión de si existen diferentes formas de expresar y practicar una profesión en relación con el género. Vía Claver, Sanjuán Naváis, Martínez Mesas, Pena Alfaro, Utrilla Antolín, y Zarragoikoetxea Jauregui (2010) en un estudio cualitativo describen si existen diferentes maneras de percibir y valorar el trabajo en la unidad de cuidados intensivos (UCI) desde una perspectiva de género. Los enfermeros describen el trabajo en la UCI en términos de autonomía en las decisiones y competencia profesional, reivindican su identidad como enfermeros y destacan el bajo reconocimiento social que se hace de la profesión, priorizan más la responsabilidad en la toma de decisiones que el resultado final y valoran la satisfacción familiar en términos de prestigio y competencia. Son más prácticos. Las enfermeras califican el trabajo en términos de control y seguimiento en la evolución del enfermo, destacan más el resultado final del cuidado y valoran la satisfacción en términos de relación de confianza y calidez asistencial. Son más detallistas. Existen diferencias en la manera de calificar el trabajo en la UCI, en la valoración de la identidad profesional, el comportamiento en el desarrollo de los cuidados de enfermería y en la percepción de la satisfacción familiar. No se observan diferencias en relación con el abordaje en la resolución de problemas con la tecnología. A pesar de constituir un grupo minoritario

en la profesión, algunos autores señalan que los hombres podrían tener más facilidades para ocupar los puestos de responsabilidad en enfermería (Evans, 1997).

Los enfermeros varones llegan en mayor proporción a los puestos directivos que sus compañeras (Tracey & Nicholl, 2007). Además, se ha descrito que los enfermeros varones buscan áreas de trabajo más tecnificadas (unidad de cuidados intensivos, urgencias, quirófano, radiodiagnóstico, etc.) e independientes que las unidades de hospitalización (Celma & Acuña, 2009; Villela, 2010).

Por tanto, aunque la representatividad de enfermeros en la profesión de enfermería hemos visto como es inferior que la presencia de mujeres, sin embargo existe una alta representatividad de los enfermeros en órganos de responsabilidad, como direcciones de enfermería, colegios oficiales, sindicatos específicos, titularidades de universidad y cátedras universitaria, a pesar de la escasa proporción de hombres en la profesión (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

En fisioterapia y rehabilitación se observó una disposición diferente a la promoción entre mujeres y hombres, más común entre los hombres, como también era más probable que los hombres publicaran más artículos que sus colegas. Las mujeres tenían menos contacto con sus superiores. Estas diferencias contribuían a las diferencias salariales, de rango y liderazgo entre colegas de una misma especialidad (Bowles et al, 2007).

Las médicas prestan una atención diferente que sus compañeros en la consulta. Esta atención está más centrada en la población usuaria, dedican más tiempo, preguntan más, piden más pruebas diagnósticas, prescriben menos medicamentos y ofrecen más información que sus compañeros médicos. Asimismo, desde el punto de vista diagnóstico, detectan con mayor facilidad los problemas sociales y endocrinológicos.

Además, reciben mayor valoración y satisfacción por la atención prestada (Bertakis, Franks & Azari 2003).

Una de las principales aportaciones hechas desde nuestro país se centra en el nivel de *satisfacción de las personas usuarias en función del sexo del o de la profesional* (Tomás, Yago & Taller, 2006). Los resultados muestran mayor satisfacción entre las personas que han sido atendidas por médicas que aquellas que lo han sido por médicos ya que valoran más la capacidad profesional de las mujeres médicas (Bertakis, et al., 2003; Delgado-Sánchez, López-Fernández & de Dios Luna, 1993).

En resumen, las diferencias de género en el ámbito sanitario están muy presentes y van muy asociadas a los roles de género en dos áreas relevantes, tanto a nivel familiar (hogar y cuidados familiares), como a nivel laboral (actividad sanitaria), analizando la relación entre el sexo/género y la salud de los profesionales sanitarios. De manera que la mirada diferente de percibir el ámbito familiar y el laboral entre hombres y mujeres sanitarias, puede tener consecuencias sobre la salud de los/as profesionalesde la salud. Posiblemente, el contexto sanitario (AE/AP) tenga peculiaridades asociadas también al género, pero que sobrepasan al alcance de esta Tesis Doctoral.

Una vez valorada la Salud según las dimensiones físicas y psicológicas de los profesionales sanitarios según el contexto (laboral y familiar), como se recogen en esta investigación; en el siguiente capítulo, se partirá de los entornos sanitarios como fuente de estrés, para a continuación examinar las estrategias de afrontamiento más frecuentes que utilizan los sanitarios y las consecuencias sobre su salud.



**CAPÍTULO 3**

**ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y  
SALUD**



## **3 – ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y SALUD**

---

Retomando la base teórica del modelo transaccional de salud de Buchon-Schweitzer (2002), revisado en el capítulo 2 del presente estudio, la personalidad (características individuales) recibe y produce influencia sobre las características contextuales (entorno laboral y familiar), lo cual influye sobre el estrés percibido y como consecuencia repercutirá sobre el desarrollo de las estrategias de afrontamiento de los PS. Este complejo proceso revertirá en la salud física, psicológica y social de los profesionales de la salud.

Los estilos de afrontamiento constituyen un fenómeno ampliamente estudiado por la psicología, identificándose como una importante variable mediadora de la adaptación del profesional sanitario a eventos altamente estresantes en su entorno laboral. Por tanto, es probable que la salud de los/as profesionales sanitarios/as dependa de cómo perciban el estrés y sobre todo de cómo desarrollen las estrategias de afrontamiento para manejar ese estrés. Es evidente que los entornos laborales sanitarios están sujetos aun elevado estrés y que los/as profesionales sanitarios/as desempeñan su tarea habitualmente en estos entornos, por lo que es posible que las características personales (estrategias de afrontamiento) les hagan “sobrevivir” más fácilmente. En este capítulo, en primer lugar se presenta el contexto sanitario como fuente de estrés, con una revisión bibliográfica del concepto de estrés y sus consecuencias sobre la salud en los profesionales sanitarios. En segundo lugar, se define el concepto de afrontamiento y

el modelo transaccional de Lazarus & Folkman, (1984) que junto con el modelo de autorregulación de Carver et al. (1989), son la base del Cuestionario Brief-COPE (Carver, 1997) el cual ha sido aplicado en esta investigación para medir las estrategias de afrontamiento del personal sanitario. Por último, se examina la relación de los modos de afrontamiento a la hora de abordar el estudio de la salud de los profesionales sanitarios.

### **3.1 – EL CONTEXTO SANITARIO COMO FUENTE DE ESTRÉS**

En los últimos años estamos asistiendo a unas transformaciones importantes en el sistema sanitario, lo que repercute directamente en los/as profesionales sanitarios, afectando tanto a la división del trabajo como a otras áreas del ámbito familiar y social. Los cambios que aparecen en los/as profesionales de la salud abarcan las principales áreas donde se desarrolla su labor (la organización del trabajo, la relación con los pacientes, la formación, los avances tecnológicos e informáticos, la necesidad de trabajar en equipo, la reducción de los costes, la necesidad de mejorar la calidad del servicio, etc.), por todo ello, los/as profesionales sanitarios (médicos/as, enfermeras/os, auxiliares de enfermería y fisioterapeutas), debido a tener que adaptarse continuamente a situaciones imprevistas y de emergencia se encuentran situados entre las profesiones que producen mayor intensidad de estrés. Una de las consecuencias negativas del estrés más frecuentes en los entornos sanitarios es el síndrome del burnout.

De manera que el estrés que se deriva de este contexto implica el desarrollo de problemas de salud física y psicológica. Esta temática en la actualidad es importante ya que afecta al bienestar psicológico de los trabajadores, a la calidad de los tratamientos terapéuticos que se proporcionan a los pacientes y, por último, puede tener repercusión

en el funcionamiento de los servicios sanitarios. En este apartado se presenta de manera general el concepto de estrés, el estrés laboral y las consecuencias del mismo dentro de los entornos sanitarios. Para finalmente poder conocer las estrategias de intervención que desarrollan los/as profesionales sanitarios/as para manejar de manera más o menos saludable el estrés que está presente en estos entornos sanitarios.

### 3.1.1 – Definición de estrés

El término de estrés a lo largo de las últimas décadas, se ha convertido en un vocablo muy común en nuestra sociedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al fenómeno del estrés como las reacciones fisiológicas que en su conjunto preparan al organismo para la acción (OMS, 1994). Desde este punto de vista, el estrés sería una alarma, un estímulo que conduce a la acción, una respuesta necesaria para la supervivencia, respuesta que puede ser coherente con las demandas del entorno, o bien, insuficiente o exagerada.

El estrés por tanto, se podría clasificar según el concepto de estrés que se utilice: si se valora como *estímulo*, sería la fuerza del exterior que produce un efecto temporal o permanente; como *respuesta*, serían las respuestas fisiológicas o psicológicas que tiene la persona ante el estímulo estresor; como *percepción*, produce una secuela física o psicológica; y como *transacción*, tiene en cuenta las demandas ambientales y la relación que la persona tiene respecto a la situación estresante a lo largo del tiempo (Peiró, 2005).

El concepto de estrés en el ámbito de la salud fue introducido por Selye (1976) identificando la respuesta fisiológica al estrés en función de la activación del eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal y del eje simpático-médulo-suprarrenal con la elevación de la secreción de los glucocorticoides, y con cambios en el organismo para prepararlo para la lucha o la huida (aumenta la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la presión arterial, aumenta el estado de alerta, liberación de ácidos grasos, etc.); si las situaciones de estrés se mantienen, se producen otras alteraciones como, la hiperplasia de la corteza suprarrenal y afecciones a nivel del aparato digestivo (diarrea, úlcera péptica, colitis ulcerosa, asma bronquial, etc.), entre otras.

La reacción homeostática del individuo ante situaciones vividas como estresantes, también fue descrita por Selye (1956) y se designó “Síndrome General de Adaptación” (SGA), que consta de tres fases: reacción de alarma, con la activación inmediata del organismo; estado de resistencia, con una respuesta a medio largo plazo, donde el organismo tiene una serie de recursos para resolver la situación, adaptándose o apartándose al estímulo estresante; y estado de agotamiento, donde desaparece la capacidad adaptativa y deriva hacia la enfermedad (Selye, 1956, 1976), como se muestra en la figura 3.1.



Figura 3.1: Síndrome general de adaptación (Selye, 1976)

Actualmente, el modelo dominante de estrés es el transaccional o mediacional, tanto en la vida cotidiana como en el mundo laboral (Gil Monte & Peiró, 1997; Sandín & Chorot, 1995). Bajo la consideración de este modelo, el estrés laboral se origina a través de las relaciones particulares entre la persona y su entorno laboral. De esta manera, se considera el estrés como un proceso (Lazarus & Folkman, 1984) el cual incluye diversos componentes relevantes tales como la evaluación cognitiva (de amenaza, pérdida o desafío), las respuestas fisiológicas y emocionales, el afrontamiento, los factores moduladores personales y sociales, etc. Al considerar el estrés como un proceso, queda patente que todas las otras teorías formuladas sobre el mismo han situado el concepto de estrés únicamente en alguna fase del proceso (respuesta, estímulo, situación, etc.).

Aunque, consensuar una definición de estrés no es tarea fácil ya que depende del mayor o menor énfasis que se de a los elementos que conforman el estrés. Así podemos encontrar el patrón de activación fisiológica que caracteriza a la reacción de estrés o podemos encontrar la propuesta donde destacan el papel que juegan las variables situacionales en la reacción del estrés (Sandi, 2000).

Finalmente, el estrés como proceso psicológico conlleva procesos cognitivos y emocionales que van entrando en juego en la misma medida en que se procesa la información proveniente del entorno y de los factores internos de cada individuo. A continuación, en la figura 3.2, se representa el proceso psicológico en una situación de estrés en un entorno sanitario, por ejemplo el agente estresor sería una parada cardio-respiratoria (PCR): En primer lugar el procesamiento automático desencadena una respuesta emocional (alerta ante una PCR). En una fase posterior se produce un mayor control sobre el procesamiento (identificar, valorar y toma de decisiones ante una PCR),

desde la percepción del individuo que está sujeta a una serie de factores, tales como las experiencias previas, factores estructurales de la personalidad, mecanismos de aprendizaje anteriores, características biológicas, etc., y por último, la fase en la que se movilizan esfuerzos y recursos para llevar a cabo el manejo de la situación, las fuentes disponibles de afrontamiento (realizar intervenciones de Resucitación Cardiopulmonar, (RCP)

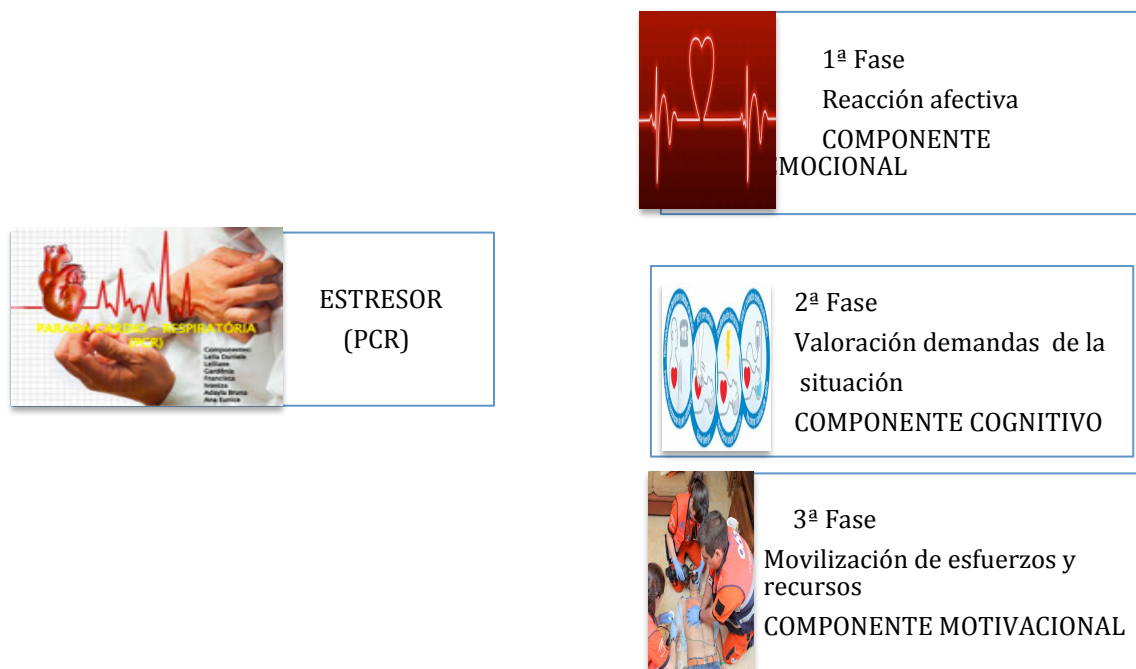


Figura 3.2: Proceso psicológico del estrés ante una Parada Cardio-Respiratoria (PCR)

Por otra parte, en el procesamiento automático se dan sesgos cognitivos, también denominados actitudes emocionales cognitivas, que llevan a valorar una situación, como positiva o negativa, facilitando el procesamiento de estrés y la toma de decisiones.



Por tanto parece pertinente analizar en esta Tesis Doctoral las relaciones entre el contexto sanitario (AE/AP) y las características personales (modos de afrontamiento) de los/as sanitarios/as y las posibles consecuencias que puedan producirse sobre su salud física y psicológica.

### **3.1.2 –Estrés laboral en el entorno sanitario**

El ambiente laboral puede afectar directamente a la salud del personal sanitario por exposición a agentes físicos, químicos, biológicos, las cargas físicas/movilizaciones, y el estrés laboral provocando accidentes y enfermedades laborales (Porrás Povedano, et al., 2014). El origen del estrés laboral es multicausal, además de los riesgos biológicos, existen otras características, desde las relaciones laborales con los compañeros, las relaciones con los superiores, la organización en el trabajo, etc., hasta las dimensiones individuales del propio individuo (Trucco, 2004) que influyen sobre el estrés laboral.

Aunque, el trabajo constituya sin duda, una de las principales esferas más importante de nuestra vida y al que dedicamos gran parte de nuestro tiempo, sus estresores repercuten en otras esferas (personal y familiar) del individuo. No obstante, un ambiente que ha sido menos estudiado entre los profesionales de la salud es el ambiente laboral psicológico, en concreto el estrés psicológico, que constituye una forma de estrés que puede perturbar significativamente la salud y el bienestar del trabajador (Sandín, 1999).

Numerosos estudios señalan la presencia del estrés y sus consecuencias aludiendo a diferentes factores: en primer lugar, a las características específicas de las profesiones sanitarias tales como, las situaciones de urgencia vital, la sobrecarga física y mental, el conflicto de rol, los pacientes problemáticos, la proximidad al dolor, a los

pacientes terminales, la accidentabilidad, el absentismo y rotación y/o abandono del puesto de trabajo, entre otros (De Pablo, 2007; Gil-Monte, 2007; Grau, 2007; Manzano, 2008); en segundo lugar, las características del contexto laboral sanitario (AE/AP), siendo las unidades de cuidados intensivos y urgencias (AE) las más estudiadas por sus características de alta tecnificación y eventos críticos (Badger, et al., 2008; Embriaco, Papazian, Kentish-Barnes, Pochard & Azoulay, 2007; Levy, 2004; Rios-Ríquez et al., 2008), así como, los entornos de AP caracterizados por la sobrecarga, la demanda de los usuarios y la reducción de recursos (Aparicio Basauri, 2002), así como la repercusión que tienen estas características sobre la salud física y psicológica de los profesionales sanitarios (Bausela, 2005; Gil-Monte, 2007; Grau, 2007; Martínez de la Casa et al., 2003).

Finalmente, el estrés laboral implica el desarrollo de problemas conductuales como el burnout y otros problemas de salud y psicológicos (ansiedad, depresión, etc.). Por tanto, a continuación se expone una revisión de investigaciones sobre el burnout según el contexto sanitario (AE/AP), por ser el síndrome del burnout una de las manifestaciones tanto físicas como psicológicas que surgen como consecuencia de la presión que sufren los profesionales de la salud que trabajan de manera directa con personas y que se encuentran sometidos de forma continuada a estresores en su entorno laboral (Caballero, Hederich & Palacio, 2010).

### 3.1.3 – Consecuencias del estrés en profesionales sanitarios

Uno de los daños laborales de carácter psicosocial más importante en la sociedad actual es el síndrome de estar quemado por el trabajo o burnout. El síndrome de burnout es una respuesta al estrés crónico en el trabajo, con consecuencias negativas a nivel individual y organizacional, que tiene peculiaridades específicas en áreas determinadas del trabajo profesional, voluntario o doméstico, aunque está sobradamente descrito en colectivos sanitarios viéndose afectado el bienestar psicológico de los trabajadores, la calidad de los cuidados que se proporcionan a los pacientes y puede influir además en el funcionamiento administrativo de los servicios sanitarios (Ramos & Buendía, 2001; Vilá Falgeras, Cruzate Muñoz, Orfila Pernás, Creixell Sureda, González López & Davins Miralles, 2015) y de la enseñanza (Arquero & Donoso, 2013).

Con respecto a las variables relacionadas con el desarrollo del síndrome de desgaste por el trabajo, habitualmente se establecen 3 categorías de factores de riesgo asociados al mismo: sociodemográficos (edad, género, estado civil, etc.), psicológicos (características de personalidad, etc.) y laborales (categoría profesional, tipo de unidad, actividad sanitaria, etc.), (Cañadas de la Fuente, San Luis, Lozano, Vargas, García & Emilia, 2014; Purvanova & Muros, 2010). En general, se puede afirmar que el desarrollo de una labor profesional en situaciones en las que existe una gran implicación emocional hace más probable que se desarrolle el síndrome de *burnout* (Jones, Wells, Gao, Cassidy & Davie, 2013).

El síndrome de Burnout tanto en médicos/as, enfermeros/as y auxiliares de enfermería, está relacionado con la insatisfacción laboral, la calidad de vida, la falta de reconocimiento social, una falta de identificación con la organización, un menor control sobre el trabajo, la autopercepción de una baja remuneración económica y el hecho de

cuidar a personas que padecen una enfermedad o un proceso terminal (Ávila Toscano, Gómez Hernández & Montiel Salgado, 2010; Frade Mera, Vinagre Gaspar, Zaragoza García, Viñas Sánchez, Antúnez Melero, Álvarez González & Malpartida Martín, 2009; Laschinger & Grau, 2012; McHugh, Kutney-Lee, Cimiotti, Sloana, & Aiken, 2011; Moreno-Jiménez, Seminotti, Garrosa Hernández, Rodríguez Carvajal & Morante Benadero, 2005; Ríos Riquez et al., 2008; Ríos Riquez, Peñalver Hernández & Godoy Fernández, 2008; Santana Cabrera, Hernández Medina, Eugenio Robaina, Sánchez Palacios, Pérez Sánchez & Falcón Moreno, 2009; Suñer-Soler et al., 2013).

Ortega & López Rios (2004) presentaron una revisión teórica sobre diferentes aspectos del burnout, en la que ponen de manifiesto que en España la mayoría de investigaciones se han llevado a cabo en la población de profesiones vinculadas con el ámbito de la salud, en general y, del personal sanitario en particular.

A continuación, en la tabla 3.1 se expone una revisión de estudios de burnout en profesionales sanitarios españoles según el contexto (AE/AP).

Tabla 3.1: Revisión bibliográfica de burnout en profesionales sanitarios españoles

Profesionales sanitarios (auxiliares de enfermería, enfermeros/as, médicos/as, fisioterapeutas)	Caballero, Bermejo, Nieto & Caballero (2001); Cañadas de la Fuente, San Luis, Lozano, Vargas, García & Emilia (2014); Castro Sánchez, Rodríguez Claro, Moreno Lorenzo, Vicente Martín, Arroyo Morales & Fernández Fernández, 2006; De Dios del Valle & Franco Vidal (2007); Domínguez Fernández, Padilla-Segura, Domínguez-Fernández, & Domínguez-Padilla, 2013; Frade Mera et al., (2009); Gil-Montes, (2002); Vilá Falgeras et al., (2015).
---	---

Enfermeros/as y médicos/as de AP	Frutos Llanes, Jiménez Blanco, & Blanco Montagut, (2014); Matía Cubillo, Cordero Guevara, Mediavilla Bravo, Pereda Riguera, González Castro & González Sanz, (2012); Pelaez Fernández, (2013); Prieto, Robles, Salazar & Daniel (2002); Soto Cámara & Santamaría Cuesta, (2005); Tomás Sábado, Maynegre Santaulària, Pérez Bartolomé, Alsina Rodriguez, Quinta Barbero & Granell Navas, (2010).
Enfermeros/as y médicos/as de AE	Arrogante, 2014; Escribà-Agüir et al., (2008); Fontán Atalaya & Dueñas Díez, (2008); Fuentelsaz-Gallego, Moreno Casbas, Gómez-García & González María, (2013); Molina Linde, Ávalos Martínez & Giménez Cervantes, (2005); Ríos Risquez et al., (2008); Santana Cabrera et al., (2009).

Entre los modelos que pretenden explicar el burnout se pueden distinguir los que consideran que las variables organizacionales son las que determinan fundamentalmente el síndrome (Golembiewsky, Mezenreider & Stevenson, 1986) y aquellos que suponen que estas condiciones contextuales interactúan con las características de los sujetos, propuesta por Lee & Ashford (1993), han establecido que el proceso de burnout se puede entender a partir del paradigma de estrés- afrontamiento propuesto por Lazarus y Folkman (1984).

Actualmente, el estudio del burnout ha abandonado los modelos exclusivamente reactivos, aproximándose a modelos transaccionales que exponen la experiencia del desgaste profesional como consecuencia de la interacción entre determinadas variables del entorno laboral y de las características de personalidad (Gil- Monte & Peiró, 1997;

Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Garrosa & Morante, 2005). De esta manera, aunque el origen del burnout se sitúe en las variables organizacionales, parece claro que las variables personales ejercen una influencia indudable en todo el proceso. En este sentido, diversos autores han señalado que no todas las personas se ven determinadas de igual forma por los estresores psicosociales, ni responden del mismo modo ante las situaciones de estrés, existiendo una gran variabilidad individual al respecto (Antonovsky, 1987; Kobasa, 1979; Lazarus & Folkman, 1984; Moya-Albiol, Serrano, González, Rodríguez-Alarcón & Salvador, 2005).

Gil-Monte et al. (1997, 1998) indican que el burnout aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suelen emplear los profesionales de la salud. Este fallo supone sensación de fracaso profesional y de fracaso de las relaciones interpersonales con los pacientes. En esta situación la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal y agotamiento emocional. Ante esos sentimientos el individuo desarrolla actitudes y conductas de despersonalización como una forma nueva de afrontamiento.

Una amalgama de circunstancias pueden aliarse para producir estrés crónico en los profesionales sanitarios, pero es la percepción personal y los mecanismos de afrontamiento lo que parecen marcar el grado de vulnerabilidad individual, (Zellars, Kelly & Lee, 1999) y que explicaría el porqué, a igualdad de condiciones de trabajo, unos iniciarían síntomas de burnout y otros no. Por tanto parece oportuno analizar las estrategias de afrontamiento que desarrollan los PS ante los estresores existentes en los entornos sanitarios.

De manera que las administraciones públicas de recursos humanos en el ámbito sanitario deben ser conscientes de que la primera medida para evitar el burnout debe ser

la formación de los profesionales para conocer sus manifestaciones. Además las estrategias para la intervención deben ser a tres niveles: *individual*, considerar procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales, junto el desarrollo de estrategias cognitivos-conductuales, que les permita mitigar, evitar o neutralizar las consecuencias del estrés en el trabajo; *grupal*, potenciar la formación de las habilidades sociales y apoyo del equipo; *organizacional*, eliminar o disminuir los estresores del entorno de la organización, que dan lugar al desarrollo del síndrome (Gil-Monte, 2002).

#### **3.1.4 – Contexto laboral y salud**

Entre los riesgos laborales de carácter psicosocial en el contexto sanitario, el estrés laboral y el burnout, se ha visto como ocupan un lugar destacado pues son una de las principales causas del deterioro de las condiciones de trabajo, fuente de accidentabilidad y ausentismo. Una vez que conocemos las fuentes de estrés de los sanitarios y sus posibles consecuencias, tomando como referencia teórica el modelo transaccional de salud (ver capítulo 2), en este apartado se relaciona la salud con las variables del entorno laboral (AE/AP) como factor situacional, así mismo como el sexo/género (mujeres y hombres), la edad y las variables protectoras, para finalmente avanzar en el conocimiento de las estrategias de afrontamiento más o menos adaptativas o desadaptativas que desarrollan los sanitarios en su medio laboral.

##### ***Contexto laboral sanitario***

Como se evidencia en la bibliografía consultada, no se encuentra consenso en los resultados en cuanto al estrés percibido de los sanitarios si tenemos en cuenta los

contextos laborales (AE/AP). Precisamente en el contexto hospitalario (AE) las unidades de cuidados intensivos (UCI) junto con los servicios de urgencias han sido unidades especialmente estudiadas (Embriaco et al., 2007; Lederer et al., 2008).

La prevalencia del síndrome de *burnout* en una muestra de profesionales sanitarios de la unidad de cuidados intensivos (AE) de un hospital general de Madrid, (médicos/as, médicos/as residentes, enfermeros/as y auxiliares de enfermería) fue mayor en los profesionales de enfermería. Se detectaron niveles elevados de despersonalización y niveles medios de cansancio emocional y de realización profesional. Las variables relacionadas con el síndrome del desgaste profesional fueron baja satisfacción profesional, reconocimiento laboral bajo y un cansancio emocional elevado en el personal más experto (Frade Mera et al., 2009).

Algunos de los estudios sobre estrés que han tenido en cuenta el tipo de contrato, han obtenido que puntúan menos en el síndrome del burnout el personal con plaza en propiedad o con contrato fijo (García-Izquierdo, Sáez Navarro & Llor Esteban, 2000; Villanueva, Albadalejo, Ortega, Astasio, Calle & Domínguez, 2008) sin embargo en una muestra de enfermeras de UCI se encontró una mayor vulnerabilidad al síndrome de *burnout* en aquellos sujetos que poseían plaza en propiedad, al igual que se encontró una correlación negativa entre salud mental y estrés laboral (Ríos-Rizquez et al., 2008). Estas variables laborales coincidieron los resultados con estudios previos (García Izquierdo et al., 2000; López-Soriano & Bernal, 2002). Igualmente, el conflicto y la ambigüedad del rol son aspectos relevantes en el desarrollo del burnout (López-Araujo et al., 2008).

La prevalencia de *burnout* en una muestra de personal sanitario del País Vasco (médicos/as, enfermeros/as y auxiliares de enfermería de AE) no era alta, sin embargo, el porcentaje de profesionales que manifestaban cansancio emocional era elevado,



especialmente el colectivo de médicos/as. La variable de sobrecarga, la falta de reconocimiento y desarrollo profesional en el trabajo, se relacionaban con niveles altos de *burnout* y bajos niveles de bienestar psicológico (Amutio Kareaga, Exeberria & Smith, 2008). Mientras que la baja realización personal en una muestra de enfermeras de (AE) se asoció inversamente con el optimismo, la valoración de la utilidad del trabajo y el equipo de trabajo (Grau et al., 2005). Por otra parte, el riesgo de obtener bajos logros personales es mayor en las personas que presentan una baja satisfacción con respecto a las recompensas profesionales y en las que no realizan actividades de docencia. La insatisfacción con la calidad de las relaciones con los pacientes y sus familiares influye negativamente en las 3 dimensiones del *burnout* (Escribà-Agüir et al., 2008).

El perfil epidemiológico de riesgo de padecer *burnout* manifiesta disparidad, así en una muestra de enfermeras hospitalarias sería, por una parte, el de mujer casada con pocas horas de ocio a la semana y que desea cambiar su horario de trabajo (Ibáñez Martínez, Vilaregut Puigdesens & Abio Roig, 2004), y de otra, sería enfermero/a mayor de 30 años, con una experiencia laboral de más de 10 años en una unidad de cuidados intensivos, soltero/a y fumador/a (Losa Iglesias, de Bengoa Vallejo & Fuentes, 2010). En una muestra de médicos/as de AP sería: estar casado/a, no hacer guardias, trabajar en una zona rural y ser médico/a de área (Frutos Llanes et al., 2014).

Con respecto a los entornos laborales de AP encontramos como la ansiedad de los sanitarios, era mayor en los médicos/as de AP que en los médicos/as de AE (Martínez de la Casa et al., 2003). El 70% de los médicos/as de AP presenta una ansiedad media y el 18% alta, aunque se constata que el trabajo en equipo es un factor de contención de la ansiedad de los médicos/as (Gómez Esteban, 2004).

Mingote et al. (2004) mostraron que la presencia del burnout en médicos/as obedece a variables como: riesgos laborales, tipo de especialización (AE/AP), hábitos de vida y apoyo social (laboral y familiar), y muy especialmente a las diferencias individuales involucradas, tales como las estrategias de afrontamiento y la personalidad, que pueden impactar negativa o positivamente en la salud de los sanitarios. Respecto a la comparación entre distintas especialidades médicas, parece clara la presencia de mayores índices de desgaste profesional entre profesionales con amplio contacto directo con los pacientes, tales como en atención primaria (López-Castillo, Gurpegui, Ayuso-Mateos, Luna & Catalan, 1999).

Tanto en AP como en AE, si se tienen en cuenta las variables de sobrecarga, la falta de reconocimiento y desarrollo profesional en el trabajo, vemos como se relacionaban con niveles altos de *burnout* y bajos niveles de bienestar psicológico (Prieto et al., 2002; Sobrequés et al., 2003). La prevalencia de burnout entre los médicos/as residentes es elevada y se relaciona fundamentalmente con el número de guardias realizadas (Fonseca, Sanclemente, Hernández, Visiedo, Bragulat & Miró, 2010).

Domínguez Fernández, Herrera Clavero, Villaverde Gutierrez, Padilla Segura, Martínez Bagur y Domínguez Fernández, (2012), en una muestra de profesionales sanitarios de AE y AP de Ceuta, encontraron que la prevalencia de desgaste profesional era similar a la de otros estudios. No encontraron asociación significativa entre desgaste profesional, edad, turnicidad, fijeza, coincidencia de domicilio familiar y laboral, tabaquismo, estado civil, lugar de nacimiento, grupo administrativo de pertenencia ni antigüedad en el centro o en el puesto de trabajo. El análisis de la varianza mostró diferencias estadísticamente significativas entre el puesto de trabajo y los componentes

del desgaste profesional: agotamiento emocional ( $p = 0,018$ ), despersonalización afectiva ( $p = 0,001$ ) y logro profesional ( $p < 0,001$ ).

Martínez de la Casa Muñoz et al. (2003) en un grupo de médicos de atención especializada y de atención primaria hallaron que el grado de desgaste profesional (burnout) era muy elevado en los médicos/as, con un mayor porcentaje en AP que en AE. Otros estudios sin embargo, no señalan asociaciones significativas entre la unidad o servicio en el que se trabaja y la vulnerabilidad al síndrome (Haim, Peterson, Kandels, Sabo, Blalock, Braden, Gryezman, Krisko-Hagel, Larson, Lemay, Sister, Strom & Topham, 2005; Ibáñez et al., 2004).

Por tanto, encontramos disparidad a la hora de manifestar el estrés los profesionales sanitarios, esto nos anima a continuar analizando las características individuales y contextuales de los sanitarios, para una mayor comprensión en cuanto a los modos de afrontamiento que desarrollan estos profesionales en sus entornos laborales.

A continuación, se revisan las investigaciones relacionadas con el desgaste profesional como consecuencia del estrés sanitario, según las variables de sexo/género, de edad, y por último con las variables protectoras de la salud.

### ***Sexo/género***

Por otra parte, si se tiene en cuenta la variable del sexo/género, los sentimientos de agotamiento emocional son las mujeres las más afectadas (Embriaco et al., 2007; Gil-Monte & Peiró, 2000; Ibáñez et al., 2004); sin embargo para el concepto de despersonalización, parecen los varones ser más vulnerables (Gil-Monte, 2002; Ríos & Godoy, 2008).

Soto Cámara y Santamaría Cuesta (2005) detectaron una mayor vulnerabilidad al desgaste profesional en el varón, al presentar valores más elevados en las escalas más específicas del burnout, en AE y AP. Otros autores como (Caballero et al., 2001; Navarro-González, Ayechu Díaz & Huarte Labiano, 2014; Pera & Serra-Prat, 2002; Soto Cámara & Santamaría Cuesta, 2005) sostienen resultados similares en cuanto que son los varones sanitarios los que presentan mayores puntuaciones en burnout, aunque otros no hallan esa asociación (Atance, 1997; Cebrià, Segura, Corbella, Sos, Comas, García, Rodríguez, Pardo & Pérez, 2001). Esta situación puede estar motivada, porque el varón se plantea expectativas superiores al inicio de la vida laboral que la mujer.

Las mujeres presentan mayores puntuaciones en estrés, argumentadas por las diferencias de género en la socialización y rol de tareas domésticas y cuidados de la familia (Raggio & Malacarne, 2007). Similares son los resultados que indican un efecto positivo y significativo de la sobrecarga en el *burnout* y el conflicto trabajo-familia, y un efecto negativo de la sobrecarga en la satisfacción laboral. Además, el *burnout* está asociado de forma positiva al conflicto trabajo-familia y negativa a la satisfacción laboral (Patlán Pérez, 2013).

### ***Edad***

Con respecto a la variable edad, se encuentran resultados dispares: por una parte, la edad parece desempeñar un papel moderador, ya que a mayor edad se evidenció un menor nivel de *burnout*, quizá porque a medida que se avanza los años, se va adquiriendo mayor seguridad en las tareas que se desempeñan y se hace menos vulnerable al estrés laboral (De la Fuente, De la Fuente Solana, Trujillo, Ortega Martínez & García García, 1994; Olivar Catrillón, González Morán & Martínez Suárez,

1999; Soto Cámara & Santamaría Cuesta, 2005); sólo la escala de cansancio emocional se relaciona positivamente con la edad (Tello, Tolmos, Vállez & Vázquez, 2002). Y por otra parte, otras investigaciones señalan mayor nivel de desgaste profesional entre los 40 y 45 años y en torno a los 44 años (Atance, 1997; Tello, et al., 2002). Domínguez Fernández et al. (2012) no han encontrado diferencias significativas entre edad y burnout.

### ***Variables protectoras***

Finalmente, los modelos transaccionales actuales que involucran el estudio del burnout aportan una perspectiva que permite prever la interacción entre las características situacionales y las personales, considerando las primeras como variables desencadenantes y las segundas como factores que cumplen una función facilitadora o inhibidora (Benavides et al., 2002). También en esta relación (estrés-salud) se ha observado la incidencia de una serie de variables que pueden funcionar como protectoras del estrés, como el *apoyo social* (Buchwald & Schwarzer 2003; Sandín, 2003), el *estilo de afrontamiento* (Hombrados, 1997), la *predisposición biológica* (Sapolsky, 2008), variables con la *toma de decisiones* (Santos-Ruiz et al., 2012) y las *variables personales o disposicionales* (Denollet, De Jonge, Kuyper, Schene, Van Melle, Ormel & Honig, 2009; Padilla Montemayor, Peña Moreno & Arriaga González, 2006). Entre las variables relacionadas predisposicionales relacionadas con el estrés, se ha estudiado ampliamente el optimismo, la personalidad tipo A, la personalidad resistente y resiliencia. Los estudios realizados con el constructo de personalidad resistentes muestran su relevancia como variable mediadora en los procesos de estrés y salud (Garrosa, Moreno, Liang & González, 2008; Kosaba, 1982; Linares-Ortíz,

Robles-Ortega & Peralta-Ramírez, 2014; Moreno Jiménez, Morett-Natera, Rodríguez-Muñoz & Morante-Benadero, 2006; Ríos Ríquez et al., 2011; Ríos Ríquez, Carrillo García & Sabuco Tebar, 2012). El optimismo y la satisfacción laboral mostraron una asociación inversa con el burnout en una muestra de profesionales sanitarios de AE. El optimismo, valorar como útil el trabajo y percibir que se es valorado por los demás se asociaron inversamente con un alto nivel de despersonalización. La baja realización personal se asoció inversamente con el optimismo, la valoración de la utilidad del trabajo y el equipo de trabajo (Grau et al., 2005). De igual modo, en una muestra de enfermeras los altos niveles de estrés estaban relacionados con el burnout, mientras que el optimismo mostró un efecto moderador sobre el agotamiento y el compromiso (Garrosa, Moreno, Rodríguez Muñoz & Rodríguez Carvajal, 2011).

La personalidad resistente interviene como un efecto mediador entre el estímulo estresante y la enfermedad. Los individuos que presentan alta puntuación en personalidad resistente tienden a tener percepciones más positivas y controlables ante situaciones estresantes, empleando estrategias más adaptativas (Kobasa, Maddi & Kahn, 1993). Además la personalidad resistente, dotaría de un mayor control y habilidad para hacer frente a los estresores laborales de forma activa y no evitativa, disminuiría el abandono del puesto de trabajo y el absentismo, e incrementaría la satisfacción laboral (Judkins, 2001; Ruggiero, 2005).

La resiliencia no solamente es relevante para mejorar la salud mental del personal de enfermería, sino también para amortiguar y minimizar las consecuencias negativas del estrés laboral al que está expuesto en su trabajo, cuyo resultado más adverso es la aparición del burnout (Arrogante, 2014).

Finalmente, en la bibliografía consultada se han encontrado algunas diferencias por las características propias (AE/AP) de sus respectivos contenidos de trabajo, la

organización de éste, la relación entre los propios compañeros como la relación con los pacientes, así como el prestigio social percibido como el reconocimiento laboral y la promoción profesional. Sin embargo no se ha despejado la duda en cuanto a las consecuencia del estrés, parece que las consecuencias del estrés se manifiestan en ambos contextos con síntomas físicos y psicológicos similares, por lo que se hace necesario indagar además del contexto laboral, en otras características individuales (estilos de afrontamiento y personalidad) que intervengan en la relación del estrés laboral con los estados de salud del personal sanitario. Los estilos de afrontamiento, determinan las estrategias que utilizan los sanitarios para hacer frente a las situaciones de estrés, bien incrementándolo y poniendo en mayor riesgo la salud o bien reduciéndolo, actuando como una barrera protectora para su bienestar (Lazarus, 2000). La personalidad es otra variable que intervienen en la relación estrés-salud, estas variables son planteadas como mediadoras de dicha relación (Furnham, & Henderson, 1981). Ambas variables (estrategias de afrontamiento y personalidad) se analizarán en esta Tesis Doctoral.

### **3.2 –AFRONTAMIENTO**

En las investigaciones de las últimas décadas, el estudio del estrés va unido al estudio del afrontamiento. Desde esta concepción, se desarrollan modelos teóricos y empíricos que tratan de explicar su función en un proceso, en el que es necesario utilizar los recursos para manejar las situaciones hostiles que genera una situación estresante.

En la vida habitual de las personas, acontecen de manera usual acontecimientos traumáticos, que ponen en juego diferentes mecanismos que les permiten adaptarse a la nueva situación, evaluar sus posibilidades, y en el caso del personal sanitario en

particular, ya que están sometidos a situaciones estresantes y desgaste emocional, requiriendo un esfuerzo extra para realizar un adecuado ajuste en su mundo laboral. Una vez que la persona valora una situación como amenazante el hecho de que aparezca finalmente manifestaciones de estrés laboral va a depender de la eficacia de las acciones que se pongan en marcha para hacer frente a dicha amenaza. Estas acciones reciben el nombre de Estrategias de Afrontamiento, siendo su objetivo final la recuperación del equilibrio en las relaciones de la persona con su entorno (Pérez-García, 1999). De esta manera, el afrontamiento sería el proceso por el que la persona intenta “manejar” la discrepancia entre las demandas que percibe de la situación (en el trabajo en este caso) y los recursos de los que dispone o cree disponer, y que la lleva finalmente, a la valoración de la situación como estresante.

Revisando la bibliografía sobre el afrontamiento, se observan las relevantes aportaciones del constructo al que han contribuido los autores Lazarus y Folkman (1984). A continuación se expone el modelo transaccional del estrés según estos autores, para continuar con el desarrollo teórico del afrontamiento y por último, examinar la relación de los modos de afrontamiento con la salud de los profesionales sanitarios.

### **3.2.1 – Modelo Transaccional del estrés de Lázarus y Folkman**

El modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman defiende que las experiencias estresantes deben considerarse transacciones entre la persona y el entorno, mientras que la percepción individual del factor estresante y los recursos sociales y



culturales a su disposición determinan el nivel de estrés (Lazarus & Folkman, 1984). Es decir, según estos autores el estrés representa una relación entre la persona y el ambiente evaluada por aquella como desbordante para sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

Los autores Lazarus y Folkman distinguen tres fases en este proceso: 1) **Fase de anticipación**: en la que el sujeto se prepara ante el estresor pensando en cómo será y qué consecuencias puede tener. 2) **Fase de espera**: en la que el sujeto espera el feedback sobre lo adecuadas que son sus respuestas de afrontamiento frente al estresor. 3) **Fase de resultado**: que incluye la exposición y reacciones de la persona ante el resultado exitoso o fracaso de su respuesta de afrontamiento.

Además, en este proceso destacan dos conceptos que juegan un importante papel :

- 1) **La evaluación cognitiva**, se trata de la evaluación que realiza el sujeto sobre el estresor, si es importante o no para su bienestar y, en caso de que lo sea si es potencialmente bueno o malo. Para Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, (1986) se distinguen dos tipos de evaluación cognitiva: en primer lugar se realiza una EVALUACIÓN PRIMARIA (de la situación como tal) donde se hace un juicio a cerca de la situación para calificarla de estresante, positiva, controlable, cambiante o irrelevante. En el caso de considerar una situación estresante, se diferenciará como: *amenaza* (anticipación de un daño o pérdida que parece inmediato, aunque no haya ocurrido), *daño-pérdida* (la persona ha sufrido un daño real y lo puede volver a sufrir) y *desafío* (el individuo valora la situación como un reto, ve la amenaza pero considera que es capaz de superarla), valorando espontáneamente sobre si el estímulo implica arriesgar algo. En segundo lugar la persona hace una valoración de

los propios recursos para afrontar la situación, EVALUACIÓN SECUNDARIA (de los recursos que dispone para hacerla frente) donde se evalúa si se puede o no hacer algo para adaptarse o dominar el estresor. Indica una búsqueda cognitiva de las opciones de afrontamientos disponibles y un pronóstico a la hora de abordar el estresor. Los resultados de esta evaluación modifican la evaluación inicial, desarrollando así las estrategias de afrontamiento. El estrés va a depender sustancialmente de los propios recursos de afrontamiento de que disponga el individuo.

**2) La respuesta de afrontamiento**, que sería el esfuerzo positivo, conductual y/o emocional que realiza el sujeto para manejar el estresor.

Por otra parte, Lazarus y Folkman (1984) hacen hincapié en las características personales del sujeto y en las características de la situación a la que el mismo se enfrenta. Describieron dos tipos de factores que influyen en la evaluación de una situación como estresante, y en su consecuente respuesta al estrés: Factores personales y situacionales

**a) Factores personales:** se incluyen como elementos cognitivos como las creencias y compromisos. Así, por ejemplo en una enfermedad familiar, influirá en la evaluación primaria, tanto la creencia que se tenga sobre esa enfermedad y lo relevante que sea la familia para el individuo. También influirán los factores externos e internos a la persona, al igual que la personalidad y los hábitos comportamentales.

**b) Factores situacionales:** son aquellos que influyen en la evaluación secundaria y que incluyen características objetivas de la situación (que la situación suponga una pérdida o un castigo). Dependerá si la situación es predecible, novedosa o provoca incertidumbre, la evaluación que se haga será más o menos estresante. A continuación,

en la figura 3.3 se presenta la Adaptación de la Teoría del estrés de Lazarus y Folkman (1984).

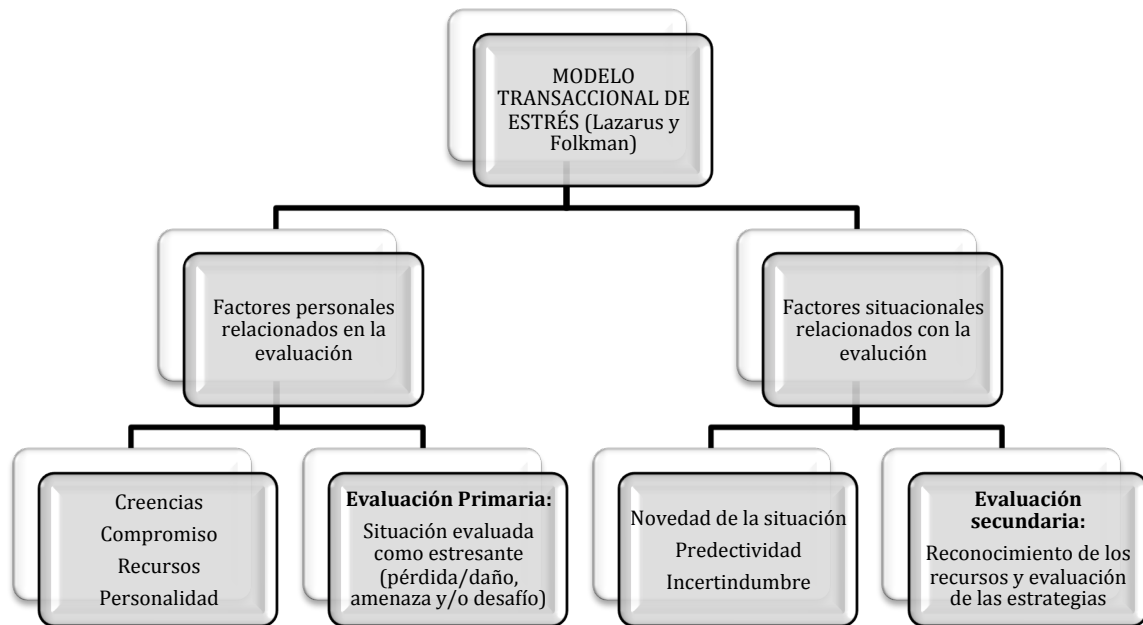


Figura 3.3. Adaptación de la Teoría del estrés de Lazarus y Folkman (1984)

Por tanto desde esta perspectiva, el estrés es un proceso dinámico, donde cada persona puede responder de manera diferente frente a un estresor, en función de las estrategias que utilice. No es el agente estresor lo que define el estrés, sino la percepción que tiene el individuo de la situación estresante. Las diferencias individuales (características de la persona, motivación, actitud, etc.) juegan un papel relevante en este proceso, ya que depende de cómo las personas perciben y valoran las demandas, influye sobre los estilos de afrontamiento y como consecuencia en los resultados de la salud.

Carver et al. (1989), sostienen que el afrontamiento puede valorarse de dos formas: los estilos y las disposiciones, que incluyen estrategias que permanecen fijas en el tiempo y las circunstancias y que la persona normalmente usa ante situaciones

estresantes y, por otra parte, las respuestas de afrontamiento, que son estrategias usadas en un momento dado dependiendo de cómo se valore la situación estresante. El afrontamiento sería entonces un proceso, ya que las estrategias pueden cambiar.

De esta forma se podría diferenciar el afrontamiento situacional (coincidente con la consideración del afrontamiento como proceso) y el afrontamiento disposicional (que lo consideraría como un estilo). Bouchard, Guillemette y Landry-Léger (2004) concluyen que, aunque son constructos que están muy relacionados, son independientes entre sí. Además, en su investigación encontraron que la relación entre el afrontamiento disposicional y el estrés estaba mediada por el afrontamiento situacional. Por otro lado, Carver y Scheier (1994) defienden una concepción del afrontamiento como estilo comparándola con el afrontamiento situacional definido por Lazarus y Folkman (1984).

Existe consenso en la literatura científica (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Lazarus & Folkman, 1986; Moos, 1988) en distinguir tres categorías básicas del afrontamiento: *cognitivo*, *conductual* y *emocional*, según se oriente a la resignificación de la situación crítica, al intento de resolución del problema, y/o a la regulación de las emociones suscitadas. Carver et al. (1989), en concordancia con los planteamientos de Lazarus y Folkman (1986), han desarrollado un modelo de estilos y estrategias de afrontamiento y un instrumento de medición (*COPE Inventory*), discriminando tres escalas conceptualmente diferentes: afrontamiento enfocado al problema, afrontamiento enfocado a la emoción y afrontamiento evitativo.

Aunque no existen respuestas de afrontamiento mejores que otras, sino que resultan ser funcionales o disfuncionales en la medida en que sean útiles para la adaptación. La evidencia de un afrontamiento adecuado se refleja en bienestar psicológico y emocional, buen funcionamiento social y buen estado de salud física. En

caso contrario, ocurría un distrés psicológico afectando a la salud física y psicológica.

Finalmente, una vez valorado el estrés como un proceso basándose fundamentalmente en el individuo (valoración cognitiva) y más específicamente en las relaciones entre el individuo y su entorno, se describirá el esfuerzo cognitivo, conductual y/o emocional que realiza el sujeto para manejar el estresor (afrontamiento)

### **3.2.2–Afrontamiento: estilos y estrategias de afrontamiento**

El término afrontamiento es la traducción al castellano del término *coping* en inglés, y se refiere a hacer frente a una situación de estrés. El afrontamiento se define como proceso dinámico que depende en gran medida de las características individuales desde una perspectiva más estable, lo que el individuo piensa y hace en un contexto determinado (Estilos de afrontamiento); pero además en este proceso cambiante el individuo desarrolla estrategias que ha aprendido y pone en marcha (Estrategias de afrontamiento) dando respuesta apropiada al estrés. Por tanto, el afrontamiento se entiende como un proceso con determinaciones múltiples, que incluyen tanto aspectos situacionales como predisposiciones personales (Carver & Scheider, 1994; Crespo & Cruzado, 1997; Folkman & Moskowitz, 2004). Son muchas las situaciones estresantes y muchas las maneras que tiene el individuo de afrontarlas. Ante una situación similar de estrés, unas personas se ponen en alerta o vigilantes, mientras otras intentan negar la situación, distraerse u olvidar, por el contrario hay otras personas que actúan de forma directa para cambiar la situación o tratan de aceptarla con resignación.

El afrontamiento planteado como proceso ha sido definido por Lazarus y Folkman como *“aquellos esfuerzos cognitivos conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”* (Lazarus & Folkman, 1986, p. 164).

De manera que el afrontamiento denota los esfuerzos cognitivos e instrumentales (conductuales) que una persona realiza para manejar (mitigar, minimizar, sobreponer o tolerar) las demandas internas y externas en la relación persona-ambiente evaluadas como desbordantes. Esto tiene dos funciones: encarar el problema que está causando distrés (afrontarlo en tanto problema) y regular la emoción (afrontamiento dirigido a la emoción) Folkman et al. (1986). Aunque la mayoría de los estresores generan ambas respuestas de afrontamiento (Folkman & Lazarus, 1981, 1985), es posible que predomine alguno de ellos. Cuando el individuo considera que puede hacer algo por cambiar la situación, suelen predominar los esfuerzos dirigidos al problema, mientras que el afrontamiento dirigido a la emoción se utiliza en mayor medida cuando se evalúa que la situación no puede cambiarse y que hay que vivir con ella.

Para Galán & Perona (2001), la definición de Lazarus y Folkman implica la idea de proceso que incluye un cambio continuo y específico, por lo que no debe ser considerado como un rasgo. Además el esfuerzo de adaptación excluyen las conductas automáticas que no requieren esfuerzos. El afrontamiento se define por el esfuerzo y no por los resultados.

Casado Careño (2002) destaca del modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman, en primer lugar, su coherencia y compatibilidad con el modelo cognitivo; en segundo lugar, señala que se trata de un modelo que integra el de competencia y el de

vulnerabilidad/estrés; en tercer lugar, este modelo incluye aspectos antropológicos, sociológicos, biológicos y médicos; en cuarto lugar, hace posible el estudio empírico de las predicciones; en quinto lugar, desde el modelo de Lazarus, el problema puede ser analizado desde distintas perspectivas. Por último este modelo es de fácil comprensión por el individuo al respetar su autonomía y potenciar su capacidad de autoeficacia y todo ello dentro del contexto socio-cultural en el que se desenvuelve la persona.

Esta formulación del proceso de afrontamiento, hace hincapié en que los esfuerzos de afrontamiento son independientes de sus resultados, los cuales pueden ser adaptativos o adecuados cuando se logra regular el estrés y las emociones, o inadecuados cuando el estrés se mantiene y las emociones resultantes alteran el bienestar emocional (Lazarus, 1993). A continuación, se detalla cómo un individuo manifiesta respuestas adaptativas y desadaptativas antes una situación estresante.



Figura 3.4: Reacción de estrés según Lazarus

Estas conductas adaptativas, no se pueden confundir con los resultados obtenidos, ya que el afrontamiento exige esfuerzos para conducir o reconducir las demandas de la situación, independientemente de los resultados y, en este sentido ninguna estrategia es mejor o peor que otras, sino que deben ser evaluadas en función de su capacidad para producir la adaptabilidad a determinadas situaciones o circunstancias. De esta manera a veces se produce en el sujeto un efecto de evitación, tolerancia, minimización o aceptación de todo lo que no puede dominar (Miguel-Tobal & Casado, 2011).

Pelechano, Capafóns & Sosa, (1991), en su estudio de personalidad y afrontamiento proponen que el afrontamiento recoge teorías basadas en aspectos de personalidad. Hablan de habilidades de solución de problemas en la medida en que las estrategias de afrontamiento hacen referencia a los problemas cotidianos del individuo,



y en la medida que hagan referencia a problemas interpersonales podrían entenderse o denominarse habilidades interpersonales.

Por su parte Aldwin (1994) distingue cuatro enfoques teóricos en el estudio del Afrontamiento en función de los factores intervinientes, que serían: Enfoque centrado en la **persona** que agrupa los estudios psicoanalíticos, que ponen el énfasis en el afrontamiento como factor regulador de las emociones (Vaillant, 1977); los teóricos del rasgo que abordan el estudio del afrontamiento desde la teoría de la personalidad (Millon, 1987). Enfoque basado en la **situación**, que defiende la importancia del contexto en la determinación de la elección de las estrategias de afrontamiento. Enfoque **interactivo** que considera que lo que determina el afrontamiento es la conjunción de la persona y su ambiente. Enfoque **transaccional** característico del modelo cognitivo del estrés del grupo de Lazarus, que aborda el estudio del afrontamiento desde la interrelación entre la persona, la situación y el afrontamiento como una trilogía que se influye mutuamente (Folkman y Lazarus 1984; Moos 1982).

Finalmente estaría el afrontamiento desde la perspectiva contextual, específica de la situación como serían las diversas actividades sanitarias, bienestar, salud, enfermedad, etc., en las que las funciones del afrontamiento son más específicas y menos generales (Folkman & Moskowitz, 2004; Paris & Omar, 2009). Los resultados que definen los procesos de evaluación, afrontamiento y consecuencias adaptativas aparecen en el ámbito del trabajo, de la vida social, en la satisfacción vital y en la salud. La calidad de vida y lo que entendemos por salud mental y física va ligada a las formas de evaluar y afrontar el estrés de la vida.

En cuanto a las **estrategias de afrontamiento** son entendidas como habilidades para afrontar y resolver un problema, regular las emociones o manejar dificultades para reducir sus efectos. Estas habilidades o recursos de afrontamiento, actúan como un

factor amortiguador porque afectan a la interpretación de los acontecimientos o a la respuesta de los mismos McCrae & Costa (1986), actúan como precursores de la conducta, capacitan al individuo para manejar los estresores de manera efectiva y experimentar pocos síntomas o síntomas menos intensos ante el estresor. Estos recursos se clasifican en: *recursos internos o personales* y *recursos externos o sociales*. Los primeros se refieren a las características de la personalidad que pueden incrementar el potencial del individuo para abordar de manera efectiva el estrés, desarrollando un papel mediador entre el estrés y la salud. Los segundos incluyen desde las habilidades sociales, hasta el apoyo social, es decir la red de relaciones que el sujeto establece y que propician alternativas para afrontar las consecuencias.

Según propusieron Lazarus y Folkman, (1984) las estrategias de afrontamiento se estudian desde una doble perspectiva: *Estrategias de resolución de problemas*, que son aquellas directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar, donde el sujeto va a intentar modificar o alterar la fuente de estrés para resolver el problema. *Estrategias de regulación emocional*, son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante un problema. El sujeto centra su atención en las alteraciones emocionales que experimenta y que están asociadas al estresor, para intentar controlarlas o reducirlas. Estas dos funciones de estrategias no son excluyentes; así, una estrategia puede centrarse en la solución del problema y contribuir a la vez al manejo de las emociones (Folkman & Lazarus, 1980).

Elegir un modo o varios modos de afrontamiento, vendrá determinado por el proceso de evaluación de la situación y de la valoración que hagamos de nuestros recursos (Lazarus & Folkman, 1984). Todos los modos pueden ser útiles, dependerá de la situación y del problema, por lo que las estrategias de afrontamiento no deberían ser buenas o malas, si no que dependerá de la situación y cómo se usan. Además, las

estrategias de afrontamiento también influyen en el bienestar psicológico (Lazarus, 1991) y, juegan un papel importante como mediadoras entre las circunstancias estresantes y la salud (Augusto & Martínez, 1998; Hernández-Zamora, Olmedo-Castejón & Ibáñez-Fernández, 2004).

Existe consenso en la revisión de estudios científicos (Aldwin & Revenson, 1987; Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Lazarus & Folkman, 1986; Moos, 1988) en distinguir tres categorías básicas del afrontamiento: *cognitivo*, *conductual* y *emocional*, según se oriente a la significación de la situación crítica, al intento de resolución del problema, y/o a la regulación de las emociones suscitadas.

### **A modo de resumen**

Se suelen identificar los procesos de evaluación cognitiva y afrontamiento como mediadores de una relación estresante persona-ambiente y de sus resultados inmediatos y a largo plazo. El primero de tales procesos, la **evaluación cognitiva**, es aquel a través del cual la persona valora si una situación particular de su ambiente es relevante para su bienestar y, si fuese el caso, de qué forma lo es. Según Lazarus & Folkman (1984), existen dos tipos de evaluación cognitiva: una **primaria**, en la que la persona evalúa lo que está en juego ante la situación (daño potencial a la autoestima, la salud física propia o la de un ser querido, etc.) y las propias características personales, tales como valores, compromisos, metas y creencias sobre sí misma, sobre el mundo y sobre los demás, las cuales ayudan a definir lo que está en juego e identificar lo que es relevante para el bienestar en situaciones estresantes concretas. En la **evaluación secundaria** la persona valora lo que se puede hacer para prevenir o superar un daño o para mejorar sus propias perspectivas. Entre otras, las opciones de que dispone para hacerle frente al estresor

incluyen cambiar la situación, aceptarla, buscar información o actuar impulsivamente ante ella.

El segundo proceso, el **afrontamiento**, denota los esfuerzos cognitivos e instrumentales (conductuales) que una persona realiza para manejar (mitigar, minimizar, sobreponer o tolerar) las demandas externas e internas en la relación persona-ambiente evaluadas como desbordantes. Esto tiene dos respuestas: encarar el problema que está causando distrés (**afrontamiento frente al problema**) y regular la emoción (**afrontamiento dirigido a la emoción**), Folkman et al. (1986). Aunque la mayoría de los estresores generan ambas respuestas de afrontamiento (Folkman & Lazarus, 1980, 1985), es posible que predomine alguno de ellos. Cuando el individuo considera que puede hacer algo por cambiar la situación, suele predominar los esfuerzos dirigidos al problema, mientras que el afrontamiento dirigido a la emoción se emplea en mayor medida cuando se evalúa que la situación no puede cambiarse y hay que vivir con ella.

Carver et al. (1989) denominaron **afrontamiento activo** el dirigido al problema, considerando las dimensiones de planeación, eliminación de actividades que compiten con el estresor, demora del afrontamiento y búsqueda del apoyo social, como parte de este tipo de afrontamiento. El afrontamiento dirigido a la **emoción** comprende la búsqueda del apoyo social, expresión de emociones, desconexión conductual o cognitiva, reinterpretación positiva, negación y aceptación. Estos autores añaden la religión como estrategia de afrontamiento que funciona como una fuente de apoyo emocional, aunque también puede emplearse como táctica para enfrentarse de forma activa al estresor, así como el uso de alcohol y drogas.

Por tanto, hay dos formas de entender el afrontamiento: 1) como un estilo consistente de aproximación a los problemas (Vaillant & Choquette, 1977), o al menos, relativamente consistente, cuando se repite el mismo estilo al tratar con el mismo

problema o los mismos estresores en distintas ocasiones (Pearlin & Schooler, 1978); y 2) como un estado, proceso, o estilo dependiente de la situación (Lazarus & Folkman, 1984). De esta forma se podría diferenciar el afrontamiento situacional (coincidente con la consideración del afrontamiento como proceso) y el afrontamiento disposicional (que lo consideraría como un estilo). Bouchard et al. (2004) concluyen que, aunque son constructos que están muy relacionados, son independientes entre sí. Además, en su investigación encontraron que la relación entre el afrontamiento disposicional y el estrés estaba mediada por el afrontamiento situacional.

Desde la perspectiva *disposicional* (Carver et al., 1989; McCrae & Costa, 1986), se destacan las características estables de la personalidad como predictores significativos del afrontamiento, aludiendo a un patrón de personalidad que constituye un *estilo de afrontamiento* o *afrontamiento rasgo* (Bouchard et al., 2004; Wrzesniewski & Wlodarczyk, 2001).

El inventario de Carver se puede utilizar para evaluar estilos o disposiciones para el afrontamiento cuando los reactivos se enmarcan en términos de lo que la persona usualmente hace ante situaciones estresantes. Para evaluar las respuestas de afrontamiento, los reactivos se redactan haciendo referencia a una situación estresante específica en un periodo determinado.

Debido a que los profesionales sanitarios habitualmente en su entorno laboral (tanto a nivel personal y organizacional) se enfrenta a situaciones estresantes que potencialmente amenaza su bienestar físico y psicológico, en esta Tesis Doctoral se ha utilizado el cuestionario Brief-COPE (Carver, 1997), versión situacional abreviada en español, el cual responde teóricamente al modelo de afrontamiento de Lazarus & Folkman (1986) y al modelo de autorregulación de Carver et al. (1989), para analizar el modo de afrontar el estrés que manifiestan los profesionales sanitarios de AE y AP.

### 3.2.2.1 – Instrumentos de evaluación de Afrontamiento

El interés por evaluar las respuestas de afrontamiento que presentan las personas cuando se someten a situaciones estresantes ha ido en aumento en las últimas décadas, dos de los instrumentos de medida más utilizados son el “*Ways of Coping Questionnaire*” (*WCQ*) (Folkman & Lazarus, 1980, 1985) y el “*Coping Orientation to Problems Experienced*” (*COPE*) (Carver, Scheier & Weintraub, 1989) tanto en su versión larga como en su versión corta *Brief-COPE* (Carver, 1997). Estos cuestionarios responden a la consideración del afrontamiento como proceso o como estilo, evaluándose el afrontamiento según cada conceptualización (Rueda, 2011). A continuación en la tabla 3.2 se exponen algunos de los principales instrumentos de evaluación de las estrategias de afrontamiento utilizadas en población general y en el ámbito sanitario.

Tabla 3.2: Instrumentos de evaluación de las estrategias de afrontamiento

Cuestionario	Autores
Ways of Coping Questionnaire <b>WCQ</b>	Folkman & Lazarus (1985)
Coping Orientation to Problems Experienced <b>COPE Inventory</b>	Carver, Scheier & Weitraub (1989)
<b>Brief-COPE</b>	Carver, (1997)
Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento,-versión abreviada- <b>Brief-COPE, Carver (1997)</b>	Brief-COPE, Carver (1997) adaptación española de Crespo y Cruzado (1997).
Cuestionario de Afrontamiento del Estrés ( <b>CAE</b> )	Sandín & Chorot (2003) universiatrios
Rahim Organizational Conflict Inventory ( <b>ROCI-II</b> )	Adaptación y validación española por Muduate, Ganaza y Alcaide (1993)
Escala de Estrategias de Afrontamiento del estrés Asistencial	Paris (2007)

Si consideramos que el afrontamiento tiene un carácter situacional, y que se trata por lo tanto de un estado, el Brief-COPE nos permite evaluarlo de este modo. Carver et al. (1989) en concordancia con los planteamiento teóricos de Lazarus y Folkman (1986), han desarrollado un modelo de estilos y estrategias de afrontamiento y un instrumento de medición (*COPE inventory*), diferenciando tres escalas conceptualmente diferentes: Afrontamiento enfocado en el problema, afrontamiento enfocado en la emoción y afrontamiento evitativo.

La escala de afrontamiento COPE, tanto en su versión larga como en su versión corta Brief-COPE, se ha utilizado para evaluar las estrategias de afrontamiento en poblaciones que se encuentran en situaciones como desastres naturales (Carver, 1997); en personas que ven amenazada su vida por padecer algún problema de salud, como por ejemplo un daño cerebral por traumatismo (Snell, Siegert, Hay-Smith & Surgenor, 2011); pacientes crónicos tales como los que padecen cáncer de mama (Carver, Pozo, Harris et al., 1993; Gilbar, 2005; Stanton, Danoff-Burg, Cameron, Bishop, Collins, Kirk, Sworowski & Twillman, 2000).

La versión corta del Brief-COPE (Carver, 1997) se ha traducido a diferentes idiomas, y se han analizado las propiedades psicométricas del instrumento en diferentes poblaciones como estudiantes (Morán, Landero & González, 2010; País-Ribero & Rodríguez, 2004), cuidadores en pacientes de VIH (Kimemia, Asner-Self & Daire, 2011), pacientes con quemaduras (Amoyal, Mason, Gould, Corry, Mahfouz, Barkey & Fauerbach et al., 2011) y mujeres con cáncer de mama (Ben-Zur, Gilbar & Lev, 2001; Fillon, Kovacs, Gagnon & Endler, 2002; Ornelas Mejorada, Tufiño Tufiño, Vite Sierra, Tena Guerrero, Riveros Rosas & Sánchez Sosa, 2013; Yusoff, Low & Yip, 2010).

La evaluación de las estrategias en los profesionales sanitarios de esta Tesis Doctoral, se ha llevado a cabo con el Cuestionario Brief-COPE (Carver, 1997), versión

situacional abreviada en español, el cual responde teóricamente al modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986) y al modelo de autorregulación de Carver et al. (1989), aplicado a otros ámbitos. La estructura factorial del cuestionario es consistente a su versión original completa (Carver et al., 1989). El Cuestionario Brief-COPE (Carver, 1997), con sus respectivas escalas serán descritas con más detalle en el capítulo 5, apartado 5.5.3.1 Cuestionario de afrontamiento (*Brief-Cope*). Hay que señalar que este cuestionario fue diseñado para ser aplicado en versiones tanto disposicional (p.ej., “*qué es lo que hace el sujeto habitualmente para afrontar situaciones estresantes*”) como situacional (p.ej., “*cómo hace frente a un problema específico o a los problemas acaecidos en un período de tiempo determinado*”).

Para esta investigación se eligió la versión situacional del Brief-COPE, y no la disposicional, para que la mediación del afrontamiento no sea afectada por predisposiciones personales, y poder evaluar ambas variables discriminadamente, dado que muchas veces se confunde el afrontamiento a situaciones específicas con el afrontamiento disposicional que usualmente utilizan las personas y que ya estaría presuponiendo la influencia de aspectos de la personalidad, según estudios previos (Bolger, 1990).

En el debate sobre la consideración del afrontamiento como estilo o como proceso (es decir, sobre su consistencia), podría sugerirse que su variabilidad refleja el efecto de factores situacionales, mientras que su estabilidad refleja el efecto de los factores de personalidad (Pérez-García, 1999). De esta manera, se adopta una concepción interaccionista, resultado del producto persona <sup>x</sup> situación, donde el afrontamiento es tanto un proceso dinámico, cambiante, determinado por las situaciones, como un proceso individualmente distinto, influenciado por rasgos y



experiencias personales (Lu, 1996). Este enfoque interaccionista queda reflejado en la presente investigación, como se explicará más adelante, mediante la consideración del afrontamiento a un nivel intermedio entre el nivel disposicional (influenciado por características de la personalidad) y el nivel situacional (influenciado por la situación).

Examinada la construcción teórica sobre el afrontamiento como proceso dinámico para manejar el estrés de los sanitarios, a continuación se plantea qué estrategias desarrollan los PS en los contextos laborales (AE/AP) y su repercusión sobre su salud.

### **3.3 – AFRONTAMIENTO Y SALUD EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS**

Como se ha constatado a lo largo de este capítulo, debido a diversas situaciones a las que se enfrentan cotidianamente los PS en los entornos laborales (AE/AP), el impacto en su salud física y psicológica es muy alto, por lo que es importante determinar qué estrategias de afrontamiento son adecuadas para que estos sanitarios eviten las consecuencias negativas por estrés crónico. Independientemente de la perspectiva del estudio de afrontamiento utilizada, existe unanimidad en torno a la existencia de diferencias individuales para afrontar las situaciones estresantes y las investigaciones sugieren su naturaleza multideterminada tanto por factores personales como situacionales (Pelechano, 1992; Snyder, 1999).

Costa & McCrae (1984,1992) ofrece datos que sugieren el fuerte componente situacional de las estrategias de afrontamiento al señalar que en las situaciones de desafío, se emplean principalmente las estrategias racionales, y el pensamiento positivo, la fantasía, la autoculpa, la contención, la autoadaptación y el sentido del humor. Según

este autor las situaciones de amenaza se caracterizan por la presencia de fatalismo el pensamiento desiderativo y, la búsqueda de ayuda, mientras que ante la pérdida se pone de manifiesto las creencias religiosas y la expresión de sentimientos.

Un factor que parece visiblemente relevante por sus claras implicaciones en el área de la salud, es la posibilidad de modificar la situación. Igualmente, hay evidencia de que ante situaciones percibidas como susceptibles de cambio, las personas utilizan más el afrontamiento centrado en el problema, mientras que en aquellas situaciones que no permiten el cambio, se utilizan más las estrategias centradas en la emoción y la revaloración cognitiva para minimizar la amenaza (Lazarus & Folkman, 1984; McCrae, 1984).

Una vez revisado el proceso de afrontamiento (estilos y estrategias de afrontamiento), el siguiente apartado trata de conocer las estrategias de afrontamiento y su relación con la salud en los profesionales sanitarios (PS). Para ello, se analizan las estrategias de afrontamiento y la salud según las variables del entorno laboral (AE/AP) como factor situacional, así mismo como el sexo/género (mujeres y hombres), la edad y las variables protectoras, para finalmente avanzar en el conocimiento de las estrategias de afrontamiento más o menos adaptativas o desadaptativas que desarrollan los sanitarios en su medio laboral.

### **3.3.1 – Estrategias de afrontamiento y salud**

En general, se puede considerar que el afrontamiento puede ser adaptativo si promueve en el individuo un funcionamiento físico, psicológico y social adecuado. Por el contrario, el afrontamiento resultaría desadaptativo cuando las consecuencias que se deriven de su uso sean negativas (Lazarus, 1993).

Algunas formas de afrontamiento como planificación o reinterpretación positiva, parecen tener un efecto salutogénico en la respuesta emocional (Folkman & Lazarus, 1988; McGowan, Gardner & Fletcher, 2006). Sin embargo, estrategias de afrontamiento no adecuadas aumentan los efectos negativos del estrés, son estrategias de afrontamiento desadaptativas, (Rovira, Fernández-Castro & Edo, 2005). En esta línea (Aysan, Thompson & Hamarat, 2001; Piko, 2001), han encontrado que la utilización de estilos más pasivos o evitativos se asocian con peores resultados de salud que los estilos más activos.

### ***Contexto laboral sanitario***

En cuanto a los entornos sanitarios (AE/AP), en un grupo de enfermeras de urgencias de varios hospitales (AE) de Irán investigaron el estrés en el trabajo y las estrategias de afrontamiento que adoptaban estas enfermeras en su entorno laboral. Se identificaron como factores de estrés: sobrecarga de trabajo, relación con su entorno, la relación con los pacientes y sus familiares, la falta de apoyo por parte de sus superiores y la carencia de recursos. Las estrategias más utilizadas por los/as enfermeros/as en general, es el autocontrol y la reevaluación positiva (Gholamzadeh, Sharif & Rad, 2011).

Las enfermeras de cuidados intensivos (AE) argentinas, que presentaron niveles inferiores de burnout utilizaban estrategias de afrontamiento más adaptativas, tales como: el análisis lógico de la situación problemática, sus causas, consecuencias y posibles soluciones como la ejecución de acciones que resuelvan el problema y el desarrollo personal y de las relaciones sociales (Popp, 2008).

Los profesionales de enfermería de salud mental (AE) no usan en su mayoría estrategias adaptativas. No obstante en este estudio existe una correlación positiva entre el uso de estrategias adaptativas, principalmente resolución de problemas y satisfacción laboral. Estos hallazgos sugieren la necesidad de formación y entrenamiento en el uso de estrategias de afrontamiento en los profesionales de la salud (Perea Baena & Sánchez Gil, 2008).

En un grupo de enfermeros/as y auxiliares de enfermería colombianas (AE), se ha estudiado la influencia del burnout, la calidad de vida y factores sociodemográficos en las estrategias de afrontamiento. El incremento en la calidad de vida, la reducción en la severidad de los síntomas de Burnout, pertenecer al género femenino, tener menor edad y ser enfermera son predictores significativos del incremento en el uso de todas las estrategias de afrontamiento, especialmente la focalización en la solución de problemas y la reevaluación positiva (Contreras, Juarez & Murrain, 2008).

El apoyo social y afrontamiento activo fueron predictores relevantes de dimensiones del burnout en una muestra de enfermeros/as portugueses (AE). En concreto, el afrontamiento activo tuvo un efecto temporal inverso en despersonalización y falta de realización personal. En relación con el proceso de agotamiento, despersonalización apareció como un antecedente de la falta de realización personal (Garrosa, Rainho, Moreno-Jiménez & Monteiro, 2010).

Guic, Mora, Rey y Robles, (2006) ofrecen los resultados de un grupo de profesionales de la salud chilenos de AP, mostrando que aquellas personas que usaban estrategias de evitación o negación manifiestan mayores niveles de estrés, mientras que aquellas que utilizaban estrategias orientadas a buscar ayuda y promover cambios que intenten resolver los conflictos, tienen un efecto positivo en la reducción del estrés laboral. En general, los resultados confirman lo descrito previamente para otro tipo de

organizaciones laborales y en términos teóricos validan el modelo transaccional del estrés (Moran & Parry, 2003).

### ***Sexo/género***

En cuanto al sexo/género, en población general encontramos múltiples investigaciones que ponen de manifiesto que los varones reconocen utilizar un mayor uso de sustancias como el alcohol y las drogas; mientras que las mujeres tienen preferencias por las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Matud, 2004; Moysen, Garay, Esteban & Gurrula, 2011); sin embargo otros investigadores (Hays, Mannahan, Cuaderes & Wallace, 2006) no han encontrado asociación alguna.

Si nos referimos a las investigaciones referentes a PS sobre las estrategias de afrontamiento según el sexo/género, parece que en el caso de las mujeres médicas, el mayor porcentaje de la varianza de los síntomas provenientes del estrés (70%) se relaciona con el apoyo recibido a nivel laboral y familiar, mientras que en varones el 42% de la varianza se explica por los estilos de vida, salud mental, el apoyo en momento de estrés y la carga de trabajo (Bergman, Ahmad & Stewart, 2003).

Numerosas investigaciones han señalado que las mujeres -sean médicas o enfermeras, parecen optar con más frecuencia que sus colegas varones por la búsqueda de apoyo social (incluido el apoyo profesional), pensamientos positivos y relajación (Lert, Chatang & Castano, 2001).

En una muestra de PS hospitalarios de Turquía, se encontraron diferencias de género, siendo los varones y los médicos residentes los que utilizaban estilos de afrontamiento más sumisos. Las auxiliares de enfermería manifestaban mayor seguridad

en sí mismas, optimistas y buscaban apoyo social en situaciones estresantes (Yayli, Yaman & Yaman, 2003).

En esta misma línea, DeRider (2000) apunta que estas diferencias de género deben ser entendidas como estrategias cognitivas diferenciales durante el proceso de afrontamiento. De esta manera, las mujeres se muestran más reactivas a las situaciones estresantes que los hombres, ya que ellas focalizan la atención en los peligros potenciales de la situación, mientras que los hombres hacen un mayor uso de estrategias de evitación y negación cognitivas, infravalorando el problema.

### ***Edad***

Con respecto a la edad, Folkman et al. (1986) en adultos mayores hallaron un estilo de afrontamiento pasivo-dependiente y emocional como característico de la vejez. McCrae, (1982) llegó a resultados similares, en su muestra encontró que las personas mayores con limitaciones físicas y económicas afrontaban de manera distinta de aquellas que gozaban de mayor seguridad en ambos aspectos, dando menos importancia a los modos de afrontamiento dirigidos al problema y aceptando los acontecimientos de la vida de una forma más pasiva. En la misma línea, Irion y Blanchard-Fields (1987) manifestaron como los adolescentes tienden a usar el distanciamiento o estrategias de confrontación, los adultos jóvenes a resolver los problemas, mientras que las personas mayores tienden a utilizar escape-evitación y culparse a sí mismo con más frecuencia. Sin embargo, (Hamarat, Thompson, Steele, Matheny & Simons, 2002; Labouvie-Vief & Diehl, 2000; Urquijo, Monchietti & Krzemien, 2008) mostraron que las personas mayores, prefieren estrategias activas y cognitivas.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento del personal sanitario según la edad, aparece disparidad: por una parte, algunos estudios han constatado que entre los/as médicos/as y enfermeros/as de mayor edad prevalece el afrontamiento focalizado en la emoción, mientras que entre los/as profesionales más jóvenes parece que no predominaba este estilo de estrategia tan definido (Moreno-Jiménez et al., 2005; Yayli et al., 2003). Moskowitz (1998) ha planteado que los médicos adultos suelen negar sus emociones y necesidades como mecanismo de supervivencia, cerrándose emocionalmente y buscando el equilibrio para mantener la imagen social con la que se les asocia. Mientras que otros estudios (Hays et al., 2006; Lert et al., 2001; Moreno-Jiménez, González, Garrosa & Peñacoba, 2002) han informado que la edad de los profesionales no aparece como una variable asociada a ninguna estrategia de afrontamiento determinada.

### ***Variables protectoras***

Por último, a lo largo de este capítulo se ha comprobado como las estrategias de afrontamiento son recursos o habilidades para afrontar y resolver un problema, regular las emociones o manejar dificultades para reducir sus efectos. Estas estrategias de afrontamiento, actúan como un factor amortiguador porque afectan a la interpretación de los acontecimientos o a la respuesta de los mismos McCrae & Costa (1986), actúan como precursores de la conducta, capacitan al individuo para manejar los estresores de manera efectiva y experimentar pocos síntomas o síntomas menos intensos ante el estresor. Por tanto, a continuación se muestra una pincelada sobre las características de la personalidad, que desarrollan un papel mediador entre el estrés y la salud de los sanitarios.

Es bien conocido que la personalidad juega un papel importante en el proceso de superación del estrés (DeLongis & Holtzman, 2005), tanto en la evaluación del agente estresor (Gunther, Cohen & Armeli, 1999) como a la hora de elegir las estrategias de afrontamiento (McCrae & Costa, 1986). Existe evidencia científica que manifiesta como diversas características de personalidad están relacionadas con el modo que tienen las personas para manejar el estrés, por ejemplo Scheier y Carver (1987) describieron como una persona optimista utiliza estrategias de afrontamiento de resolución del problema.

En una revisión bibliográfica sobre el estrés, las estrategias de afrontamiento y la personalidad en enfermeros/as de cuidados intensivos (AE) se ha observado como los/as enfermeros/as no perciben tener mayor estrés que sus colegas de otras unidades (Chiumello, Caironi, Pelosi, Losappio, Malacrida, Tomamichel & Gattinoni, 2000; Tummers, van Merode & Landeweerd, 2002). Una explicación podría ser que los/as enfermeros/as de cuidados intensivos disponen de mayor autonomía que en otras unidades hospitalarias, además los/as enfermeros/as intensivistas a menudo disfrutan de buenas relaciones con los compañeros (Nolan, Nolan & Grant, 1995). Estas características positivas pueden proteger a los/as enfermeros/as de los factores estresantes que surgen de los niveles exigentes de los cuidados intensivos. En esta misma línea, (Tummers et al., 2002) encontraron que los/as enfermeros/as de cuidados intensivos tenían menor agotamiento emocional que sus colegas, es probable que sea atribuible a los rasgos de personalidad.

Las estrategias de afrontamiento que pueden ayudar a los/as enfermeros/as a manejar el estrés en cuidados intensivos (AE) es la planificación y la reinterpretación positiva, junto al apoyo de los compañeros con reuniones para discutir casos difíciles, formación en las habilidades de comunicación junto con la resolución de conflictos



creando un entorno laboral saludable (Levy, 2004). Además, ciertos rasgos de personalidad, como apertura y amabilidad, se asociaron con estrategias centradas en el problema como la planificación. La apertura y extraversión se vincularon con menos estrés percibido en enfermeras inglesas de cuidados intensivos (AE), Burgess, Irvine, y Wallymahmed (2010).

En esta línea de estudios que investigan las variables psicológicas de personalidad como posibles predictoras de distrés psicológico y sus consecuencias sobre el bienestar psicológico de los profesionales sanitarios, nos encontramos con la personalidad resistente, que es un constructo asociado a otras variables laborales importantes para la organización, como la satisfacción laboral, el intento de abandono del puesto, el absentismo, o los estilos de afrontamiento, que haciendo frente a los estresores laborales de forma activa y no evitativa, disminuiría el abandono del puesto de trabajo y el absentismo, e incrementaría la satisfacción laboral (Judkins, 2001; Larrabee, Janney, Ostrow, Withrow, Hobbs & Burant, 2003; Ruggiero, 2005).

En una muestra de enfermeros/as de cuidados intensivos y de urgencias reflejaron una importante relación entre la personalidad resistente y el bienestar psíquico (Rios- Ríquez et al., 2010). Esta variable positiva de la personalidad modula la manera en que las personas perciben y afrontan los distintos estresores vitales, convirtiéndose en un importante protector frente a la aparición de trastornos en la salud, tal y como otros estudios anteriores han puesto de manifiesto (Garrosa et al., 2008; Judkins, Reid & Furlow, 2006; Kosaba, 1979; Lambert, Lambert, Petrini, Li & Zhang, 2007).

Resaltar además, el hecho de que el bienestar psicológico marca más diferencias en estilos y estrategias de afrontamiento que la edad o el género (Godoy Godoy, López-Chicheri, Martínez, Gutiérrez & Vázquez, 2008; Kirchner et al., 2010; Martín, 2007;

Martínez González, 2010; Velasco-Besio Caquero-Urizar & Villegas-Abarzúa, 2010). Igualmente, se han encontrado relaciones entre el empleo de estrategias focalizadas en la emoción y las consecuencias negativas para el bienestar psicológico, como son el estrés (McGowan et al., 2006) y la depresión (Goodwin, 2006).

De manera que, el bienestar psicológico y la salud no estarían influidos solamente por la ocurrencia de los eventos estresantes, sino que también por características personales que determinan la valoración de tales eventos y del modo en que se afronta el estrés (González-Barrón, Montoya-Castilla, Casullo & Bernabeu-Verdú, 2002). Por tanto, son necesarios programas de prevención no sólo que diagnostiquen los riesgos psicosociales de los entornos laborales sanitarios, si no también de los factores protectores y potenciadores de estrategias de afrontamiento positivos tales como la personalidad resistente (Moreno-Jiménez, Garrosa-Hernández & Gálvez-Herrer, 2005).

En definitiva, las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los sanitarios de AE y AP han sido las estrategias enfocadas en el problema, principalmente la planificación y la reinterpretación positiva. Aunque, son escasos los estudios hallados sobre estrategias de afrontamiento en AP. Además, parece que las mujeres tanto médicas como enfermeras buscan más el apoyo social (laboral y familiar) que los hombres. Por último, las características personales que determinan la valoración y el modo de afrontar el estrés, repercutirán de manera relevante en el bienestar y la salud física y psicológica de los profesionales sanitarios.

Teniendo en cuenta lo expuesto hasta ahora, se considera imprescindible conocer las características personales (variable que se desarrollará en el capítulo 4 de esta Tesis Doctoral) de los PS que junto con las estrategias de afrontamiento les ayudará

a manejar el estrés en sus entornos laborales, para evitar o minimizar los riesgos sobre su salud física y psicológica.



**CAPÍTULO 4**

**ESTILOS DE PERSONALIDAD Y  
SATISFACCIÓN**



## **4 – ESTILOS DE PERSONALIDAD Y SATISFACCIÓN**

---

Para analizar las características personales de los profesionales sanitarios esta investigación se apoya teórica y metodológicamente en la perspectiva ecológica y evolutiva desarrollada por Millon, quien otorga gran relevancia a los estilos de personalidad como forma de relación con el entorno social y personal. En este contexto, el concepto de la personalidad de la obra de Millon (1976) ofrece un marco idóneo, puesto que considera que la personalidad normal es el estilo distintivo de funcionamiento adaptativo que pone en juego un individuo en su entorno particular. Así, existen estudios que han mostrado la pertinencia del modelo de Millon de personalidad normal como indicador de salud física y psicológica (Dresch, 2006; Fierro & Cardenal, 2001), señalando la relación entre un mejor estado de salud con las polaridades más adaptativas del instrumento (Millon, 2001). Además, es un modelo que tiene el valor añadido de que intenta conjugar su riqueza teórica con evaluación e intervención, de manera que tenemos razones para considerarlo un marco eficaz desde el cual estudiar la personalidad de los profesionales sanitarios y su relación con la salud.

En este capítulo se detallan características generales de la personalidad y el bienestar. En primer lugar se repasan conceptos de la personalidad en los modelos integradores, en segundo lugar se muestran algunas de las características básicas de personalidad del modelo de Theodore Millon y, en tercer lugar, se presenta una exhaustiva revisión relacionada con la personalidad y la salud según algunas variables demográficas de estudio. Por último, se desarrolla el concepto de bienestar psicológico

y satisfacción, para posteriormente analizar estudios sobre personalidad y satisfacción en profesionales sanitarios.

#### **4.1 – MODELOS INTEGRADORES DE LA PERSONALIDAD**

El concepto de personalidad ha ido evolucionando, desde sus orígenes, entendida como máscara haciendo referencia a los aspectos de apariencia de la persona (características explícitas, manifiestas o aparentes) o entendida como aquellas características psicológicas más internas, ocultas y menos aparentes del individuo (Millon & Davis, 1998).

La personalidad se concibe en la actualidad como un patrón complejo de características psicológicas, que se expresan en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo: organización del ser humano en las diferentes etapas del desarrollo, evolución en cuanto a supervivencia o adaptación al medio a partir de las características del individuo y las características de las diferencias individuales.

McAdams (1992) indica que desde los comienzos de la Psicología como ciencia, los psicólogos han estado preocupados por tres grandes temas: comprender la vida de las personas, entender los aspectos motivacionales de la conducta, y encontrar, entender y predecir las diferencias individuales.

Pervin (1994) resume las limitaciones del enfoque centrado en los rasgos de personalidad (principalmente representado por el modelo de los Cinco Grandes) en tres principales: los rasgos (parte estable de la persona) no permiten realizar un análisis



idiográfico de la personalidad, no proporcionan información sobre los procesos y son unidades descontextualizadas (en el espacio y el tiempo). Además, no permiten analizar el por qué de las inconsistencias o discrepancias conductuales, ni ofrecen una guía prescriptiva sobre las características del bienestar subjetivo o experiencias óptimas (Emmons, 1995). Las unidades “no rasguistas”, permiten explicar las inconsistencias.

A partir de los años 50, como indican Winter & Barembaum (1999), comenzaron a considerarse otras unidades de análisis de la personalidad, además de los rasgos, como los motivos, las cogniciones y el contexto social. Estas nuevas concepciones tratan de completar el estudio de la personalidad con otras piezas adecuadas para estudiar los aspectos motivacionales, cambiantes e integradores de la personalidad (Funder, 2001). La consideración conjunta de la parte estática y cambiante de la personalidad se ha denominado como la coherencia de la conducta (Mischel & Shoda, 1995; Pervin, 1989), frente a los conceptos de estabilidad y consistencia, que implican modelos teóricos que priman los aspectos estáticos de la conducta (Sánchez-Cánovas & Sánchez-López, 1994).

La personalidad por tanto, desde hace unas décadas se conceptualiza como un constructo psicológico, es entendida como un patrón complejo de características interrelacionadas, en gran medida constantes y no conscientes, que se expresan de manera casi automática en las conductas humanas. Estas características o rasgos, emergen de una matriz compleja en la que están presentes disposiciones biológicas y experiencias de aprendizaje y en última instancia comprenden el patrón idiosincrático (estilo) de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo (Millon, 1990).

El concepto de Estilos de Personalidad está cada vez más presente cuando tratamos de entender cómo se comporta el ser humano, por qué se comporta así y por qué se producen diferencias entre distintas personas a la hora de enfrentarse a los

mismos o similares estímulos, retos, problemas, etc. Por tanto, los Estilos de Personalidad se podrían definir como un conjunto de modalidades de funcionamiento psicológico observable, que:

- Están en la cúspide del sistema jerárquico que constituye la personalidad.
- Organizan e integran el resto de los niveles.
- Traspasan los dos sistemas de diferenciación psicológica, el cognitivo y el afectivo-motivacional.
- Hacen referencias a diferencias más cualitativas que cuantitativas.
- Se expresan mediante dimensiones más que mediante categorías discontinuas.
- Y proporcionan unidad y coherencia al comportamiento de un sujeto y/o grupo.

Por tanto esta concepción más general de los estilos y las dimensiones de personalidad normal que propone Theodore Millon, emanan de su modelo de personalidad basado en la teoría de la evolución (Sánchez-López & Casullo, 2000), lo que permite establecer similitudes y diferencias entre los caracteres saludables y los patológicos, y considerar normalidad y patología como un continuo.

Las razones que nos han llevado a elegir el modelo de personalidad de Theodore Millon y el Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS a partir de ahora) como medida de la personalidad, están relacionadas con las características del modelo y de la investigación que se presenta. Millon destaca su modelo como una Ciencia Clínica Psicológica que incluya (principios científicos universales, una teoría centrada al sujeto, una taxonomía de los patrones de personalidad y síndromes clínicos, herramientas integradas de la evolución clínica y de la personalidad e intervenciones terapéuticas). La coordinación de estos cinco elementos trabajados de manera integral superan la suma de las partes individuales que lo componen.

Además de las características en sí, se considera que este modelo de personalidad sería apropiado para analizar las relaciones entre personalidad y salud física/psicológica (Dresch, 2006).

El instrumento que el autor desarrolla para medir la personalidad normal (MIPS), está basado en un modelo teórico y compuesto por 24 variables de personalidad interrelacionadas que conformarán los estilos de personalidad del individuo.

#### 4.2 – MODELO DE PERSONALIDAD THEODORE MILLON

El modelo de personalidad de Theodore Millon se caracteriza principalmente por una visión global, estructurada e integrada, ya que tiene en cuenta diferentes modelos teóricos (biofísicos, intrapsíquicos, conductuales, evolutivos y fenomenológico-sociales) a la hora de construir la *teoría biopsicosocial de la personalidad*, integrando los diferentes componentes clínicos desde los principios universales (teoría de la evolución) hasta la intervención (siempre orientada a la persona).

Como resultado de esta visión integradora y global, Millon señala la necesidad de realizar una síntesis de las dos perspectivas predominantes en el estudio de la personalidad: la nomotética y la idiográfica. La perspectiva *nomotética* busca la generalización que pueda aplicarse a muchas personas diferentes, mientras que la perspectiva *idiográfica* centra su atención en las diferencias individuales (Millon & Davis, 1998). De esta manera, hay unas características comunes a todas las personas, al igual que existe un patrón individual de comportamiento y reacción ante los acontecimientos. Por ello, una persona será el resultado de una historia única de transacciones entre factores constitucionales neurobiológicos y contextuales, que nunca

antes existió y que no volverá a repetirse, ya que la persona es única e irrepetible (Millon, 1990).

#### **4.2.1– Características del modelo de Millon**

Tomando la personalidad como eje central, Millon estructura su modelo destacando la necesidad de construir una Ciencia Clínica Psicológica que englobe cuatro pilares fundamentales que sostienen su modelo: una teoría orientada a la persona, una taxonomía de los patrones de la personalidad guiada por una perspectiva tanto cualitativa (categórica) como cuantitativa (dimensional), herramientas de evaluación clínicas y de personalidad, e intervenciones y estrategias terapéuticas derivadas directamente de los postulados teóricos (Millon, 2000, 2003, 2005; Millon & Grossman, 2005).

La personalidad se concibe como un patrón complejo de características psicológicas; si hubiera que escoger aspectos fundamentales propuestos en el modelo de personalidad de Millon, probablemente estos serían los más relevantes:

*a) Utilización de una perspectiva integradora*, la integración entre la estructura y la dinámica de la personalidad. Interesa mucho conocer la estructura básica de la persona, pero también su dinámica, su cambio. Esta concepción integradora, el autor lo plasma en una serie de estilos o prototipos basados en la teoría de la evolución. También esta integración hace referencia a los diferentes modelos y perspectivas de intervención (desde los tipos psicológicos de Jung, hasta la combinación de la teoría evolucionista con la teoría de las diferencias individuales y los rasgos de personalidad de Buss). El enfoque integrador de Millon se caracteriza, por tanto, por la constante

búsqueda de coherencia teórica a partir de principios universales, comunes a todas las ciencias.

*b) Su insistencia en el continuo normalidad/patología*, en este modelo, se entiende la normalidad y patología como conceptos relativos. La personalidad normal y la patológica comparten los mismos principios y mecanismos de desarrollo. La diferencia fundamental es que las personalidades normales son más flexibles cuando se adaptan a su entorno, mientras que las personalidades con trastornos muestran conductas mucho más rígidas y poco adaptativas. De manera que la personalidad normal o saludable se caracteriza por (relacionarse con su entorno de manera flexible y adaptativa; la percepción sobre sí mismo y su entorno es constructiva, y los estilos característicos de su conducta como promotores de la salud), mientras que la personalidad con trastornos (se relaciona consigo mismo y su entorno de manera inflexible y con conductas desadaptativas; la percepción de sí mismo y su entorno es frustrante y los patrones de conducta predominantes son nocivos para su salud).

*c) Incorporación a su modelo de los principios de la Teoría de la Evolución*, Millon parte de la concepción de que todas las especies buscan los mismos principios básicos: alimentarse, sobrevivir a otras especies, reproducirse y transmitir su herencia. Sin embargo, de cada especie existen diferencias respecto al estilo y al éxito con los que los miembros se adaptan a diversos y cambiantes entornos a los que deben hacer frente.

En esta línea, la personalidad podría concebirse como el estilo más o menos distinto de funcionamiento adaptativo que un miembro de una especie tiene para relacionarse en su ambiente (Millon, 1990; 2000; 2003). Se podría señalar un paralelismo entre la genética de las especies y el desarrollo de las estrategias individuales de adaptación (estilos de personalidad). De esta manera la personalidad normal manifiesta los estilos distintivos de adaptación que resultan eficaces en entornos

normales; y la personalidad anormal o patológica está representada por los estilos de funcionamiento desadaptativos, que pueden ser atribuidos a deficiencias, desequilibrios o conflictos con la capacidad para relacionarse con el medio habitual al que la persona se enfrenta.

Por tanto, Millon para su modelo de personalidad utilizó constructos bipolares basados en los principios evolutivos y ecológicos aplicables a todo organismo viviente en tanto sistema biopsicosocial: la existencia (buscar el placer/evitar el dolor), la adaptación (activa/pasiva), la replicación (importa el YO/ o los otros) y la abstracción (posibilidad de sentir, pensar).

***Las metas de la existencia***, los sistemas necesitan existir y conservar su existencia. Se refiere a la transformación casual de los organismos menos organizados a estados de mayor organización. Los mecanismos evolutivos asociados a esta etapa se relacionan con procesos de potenciación y preservación de la vida. El estilo de personalidad se va a desarrollar en relación al primero, que tiene que ver con una mejor calidad de vida y al segundo con disminuir la calidad de vida o incluso poner en peligro su existencia (Millon & Davis, 2004). La salud psíquica supone un equilibrio entre el placer y el displacer, la búsqueda del hedonismo así como la tolerancia a la frustración.

***Los modos de adaptación***, las personas necesitan acomodarse a los hábitats en los que transcurren sus existencias. En términos generales evolutivos y ecológicos, hace referencia a los procesos homeostáticos utilizados para sobrevivir en los ecosistemas abiertos. Un funcionamiento psicológico sano requiere de un balance equilibrado entre ambas formas de adaptación. Millon denomina esta polaridad actividad/pasividad, el individuo se caracteriza por tener un estilo “pasivo”, inerte, reactivo u estático, frente a un estilo “activo”, alerta, emprendedora y móvil (Millon & Davis, 2004).

**Estrategias de replicación**, los seres humanos se reproducen a través de comportamientos relacionados con la sexualidad y las formas de cuidar y proteger a la prole o descendencia. Esta polaridad (sí mismo/ otros) se vincula con el logro de la realización personal a través del comportamiento social y de uno mismo. Es decir, se basa en dónde uno busca su fuente de refuerzo y satisfacción, en sí mismo, promocionando el propio “yo”, o en “los otros” protegiéndolos (Millon & Davis, 2004).

**Los procesos cognitivos y la capacidad de abstracción**, se refiere a la capacidad que puede desarrollar los individuos para representar y simbolizar tanto el mundo interno como el externo, está muy relacionado con las formas de procesar la información. Supone la posibilidad de sentir, evaluar, planificar un proyecto de vida, lo que supone un salto cuantitativo en el potencial evolutivo para el cambio y la adaptación (Millon & Davis, 2004).

De manera que, la personalidad está constituida por los constructos bipolares, que provienen de cuatro principios evolutivos básicos, como se representan en la tabla 4.1.

Tabla 4.1: Principios evolutivos, funciones de supervivencia y constructo bipolar del modelo de Millon (1998)

Principios evolutivo	Funciones supervivencia	Constructo bipolar
Existencia	Procesos de potenciación y preservación de la vida	Placer-dolor
Adaptación	Modificación y adaptación ecológica	Actividad-pasividad
Replicación	Individualidad y cuidado de la prole	Hacia sí mismo-hacia los demás
Abstracción	Capacidad de razonamiento, reflexión, planificación y toma de decisiones	Externa-interna Tangible-intangible Intelecto-afecto Asimilación-imaginación

Fuente: elaboración propia

Por tanto, se concibe la personalidad como un patrón complejo de características psicológicas que en su mayor parte son inconscientes y difíciles de cambiar y que se expresan en todas las áreas del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de un complejo conjunto de determinantes biológicos y de aprendizaje que comprenden la manera idiosincrásica de cómo el individuo siente, piensa, afronta los retos y cómo se comporta (Millon, 1990; Millon & Davis, 2004).

Otra aportación relevante de Millon, ha sido en el área de los trastornos de personalidad con el modelo Multiaxial donde se ha establecido, como señala el propio Millon (1997) para promover las concepciones integradoras de los síntomas manifiestos de un individuo en términos de la interacción entre estilos arraigados de afrontamiento y estresores psicosociales. Además, no hay que olvidarse de la influencia de los factores socioculturales sobre los estilos y trastornos de personalidad porque pueden producir retroalimentación o potenciación de determinados rasgos patológicos (Millon & Gossman, 2005).

Para los propósitos de este estudio hemos considerado relevante la evaluación de las disposiciones estables de la personalidad desde el modelo de personalidad de Millon, por dos razones principales:

La primera de ellas, es que frente a otros modelos de personalidad (por ejemplo el Big Five), Millon considera el desarrollo de las capacidades cognitivas en el adulto como estilos de personalidad y para el instrumento de evaluación utilizado es el MIPS con clara aplicación en el campo educativo y clínico (Millon & Davis, 1997).

La segunda razón, es que el modelo de personalidad de Theodore Millon, presenta una visión biosicosocial, con un enfoque capaz de aunar los modelos biológicos, dinámicos, funcionales, cognitivos e interpersonales en una sistemática teórica que permite no sólo describir sino teorizar la personalidad.



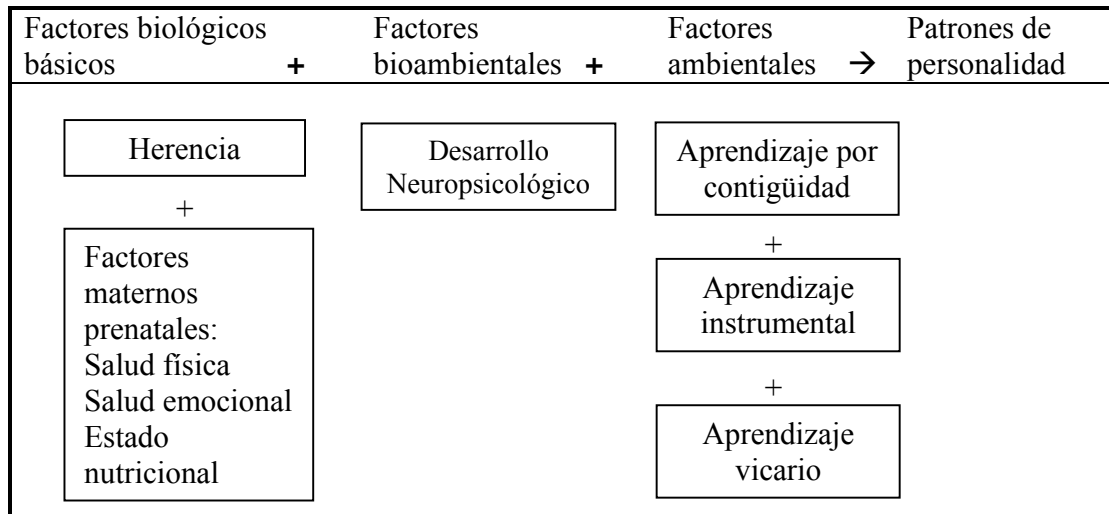
Por último, Millon & Davis, (1998) señalan cuatro criterios que permiten definir la “normalidad”: capacidad de funcionar de manera autónoma y competente; adaptación de forma eficaz y eficiente al propio entorno social; sensación subjetiva de satisfacción y capacidad para desarrollar y mejorar las propias potencialidades.

Además, este modelo ofrece una perspectiva interesante para el estudio de la satisfacción, puesto que la satisfacción autopercibida es un aspecto remarcado por Millon desde dos puntos de vista: incongruencia entre las bipolaridades vitales básicas y como criterio de ajuste personal.

#### **4.2.2 – Teoría del desarrollo de la personalidad**

Millon plantea que el desarrollo de la personalidad es competencia de una interacción compleja de factores biológicos y ambientales que actúan a lo largo de la vida de manera dinámica. El impacto relativo que cada grupo de factores tiene sobre el desarrollo de la personalidad depende de la influencia de cada factor. Estas influencias varían de persona a persona, siendo muy probable que los factores biológicos establezcan los fundamentos que guíen el desarrollo de la personalidad, mientras que los factores ambientales actúan para dar forma a su expresión (Millon & Everly, 1994). Esta interacción entre fuerzas internas y ambientales empieza con la concepción del/la niño/a y continúa a lo largo de la vida (Millon, 1981). Al nacer estamos dispuestos genéticamente para ser similares a nuestros progenitores y, con el paso del tiempo, cada individuo evoluciona según su propio ritmo y velocidad de desarrollo (Millon, 1974). El proceso de interacción de los factores que actúan en el desarrollo de la personalidad se presenta en la figura 4.1.

Figura 4.1: Construcción de la personalidad



Fuente: Millon y Everly (1994).

Los *factores biológicos básicos* influyen sobre el desarrollo de la personalidad a través de dos formas: la herencia y los factores maternos prenatales. Aunque la herencia se ha tenido en cuenta sobre todo en estudios que comparan rasgos de la misma familia, observándose similitudes dentro de la misma, sin embargo se cree que las influencias genéticas son en gran parte formadas y modeladas por las características ambientales que actúan sobre las bases genéticas del individuo (Millon & Everly, 1994). Por otro lado, los factores prenatales también influyen en cuanto al desarrollo fetal que puede verse afectado por complicaciones en el embarazo, y deficiencias en el estado nutricional de la madre. Según los autores, las disposiciones biológicas del niño o de la niña refuerzan la probabilidad de que determinadas clases de conductas sean aprendidas (Millon & Everly, 1994).

Los *factores bioambientales* están formados por factores biológicos y factores ambientales interrelacionados entre sí. El factor ambiental más relevante está representado por el desarrollo neuropsicológico, que es un proceso de maduración neurológica, que depende en gran medida de una adecuada nutrición (proteínas, grasas,

carbohidratos, vitaminas, y otros nutrientes metabólicos) y de las experiencias vividas, Millon lo define como nutrición de estímulos (Millon & Everly, 1994). A partir de estos conceptos, el autor ha desarrollado una *teoría sobre el crecimiento neuropsicológico* que enfoca el desarrollo como moldeado por estímulos nutricionales, si éstos son excesivos o inadecuados es probable que ocurran disfunciones (Millon 1969; 1974; Millon & Everly, 1994). Las tres etapas neuropsicológicas definidas por Millon son:

1. Fijación sensorial, (desde el nacimiento hasta los 18 meses de edad), caracterizada por una maduración rápida de sustratos neurobiológicos para los procesos sensoriales así como el apego y dependencia del bebé.

2. Autonomía sensoriomotora, (va desde los 12 meses hasta los seis años). Se caracteriza por el desarrollo de las capacidades motoras, que permiten al niño caminar, manipular y verbalizar con mayor habilidad.

3. Iniciativa intracortical, (desde los cuatro años hasta la adolescencia), caracterizada por un rápido desarrollo de los centros corticales superiores, lo que permite el desarrollo de habilidades mentales abstractas y de conductas de iniciativa.

Los *factores ambientales* incluyen el aprendizaje que puede ser como la respuesta cognitiva, afectiva y conductual, que inicialmente el organismo no posee, pero que puede adquirir a través de tres categorías: a) *aprendizaje por contigüidad*, cualquier grupo de elementos ambientales que aparezcan simultáneamente pueden quedar asociados entre sí; b) *aprendizaje instrumental*, la conducta que satisface o recompensa al individuo es repetida, mientras que disminuirán las conductas que no son placenteras; y c) *aprendizaje vicario*, a través de las conductas y consecuencias observadas en otras personas (Millon & Everly, 1994).

Para finalizar, en lo referente al desarrollo de la personalidad, los acontecimientos vividos en la infancia son más significativos para la formación de la

personalidad que las experiencias más tardías. Esta conclusión está basada en dos postulados: (1) las experiencias tempranas de la vida están entrelazadas con los fundamentos biológicos y (2) las experiencias tempranas dan la estructura para el aprendizaje a lo largo de la vida (Millon & Everly, 1994).

#### **4.2.3 – Instrumentos de evaluación de la personalidad**

Una vez desarrollados los fundamentos teóricos de su modelo, Millon despliega instrumentos de medida para evaluar la personalidad, para garantizar la uniformidad y la calidad de los instrumentos dedicados a evaluar su modelo teórico. La construcción de instrumentos de medida es uno de los aspectos de la obra de Millon que mayor difusión ha tenido (Sánchez-López, 2001).

Para operativizar los constructos teóricos, Millon y sus colaboradores desarrollan diferentes instrumentos que se describen a continuación:

*MCMI – Inventario Multiaxial Clínico de Millon*, (elaborado para suministrar información al profesional clínico en tareas de evaluación y toma de decisiones sobre el tratamiento de personas con dificultades emocionales e interpersonales). Se han desarrollado tres versiones del inventario. El MCMI-I (Millon, 1983), el MCMI-II (Millon, 1987) y el MCMI-III (Millon, 1997, 2004b).

*MAPI – Inventario Clínico para Adolescentes de Millon*, (este cuestionario tiene como foco la problemática clínica de la población adolescente, cumpliendo dos finalidades: una, permite una evaluación inicial de los trastornos de los adolescentes con trastornos para valoración y tratamiento, y segundo, sirve como instrumento de evaluación del cambio debido al tratamiento).

*MACI – Inventario de Conductas de Salud de Millon*, (es un cuestionario para ayudar a los clínicos, tanto psicólogos como médicos, en la evaluación de la relación personalidad-comportamiento y salud en los pacientes ambulantes e ingresados de los servicios de salud).

*MIPS – Inventario de Estilos de Personalidad de Millon*. El MIPS está diseñado para evaluar los estilos de personalidad en adultos a partir de los 18 años de edad. Este cuestionario fue construido originalmente (Millon, 1994a) y revisado posteriormente (Millon, 2004a), cambiándose el orden de sus escalas, pero manteniéndose los mismos ítems y análisis. El MIPS está estandarizado a población española y publicado en España (Millon, 2001).

La mayoría de estos instrumentos han sido adaptados a la población española: el MCMI-II (Millon, 2002, adaptado por Ávila-Espada), el MCMI-III (Millon, 2007, adaptado por Cárdenal-Hernández & Sánchez-López), el MAPI (Millon, 1982a adaptado por Jiménez-Gómez, Ávila-Espada, Sánchez-Crespo & Merino-Barragón), el MACI (Millon, 2004a) y el MIPS (Millon, 2001, adaptado por Sánchez-López, Díaz-Morales & Aparicio-García). A población chilena han sido adaptados el MACI (Vinet & Alarcón, 2003) y el MIPS (Rivas-Diez, 2011).

Teniendo en cuenta que en esta investigación nos centramos en la población normal, profesionales de la salud ( y su relación con la salud), hemos elegido el MIPS para evaluar su medida (ver Capítulos 5 y 6).

#### **4.2.4 – Investigación aplicada con el MIPS**

El modelo de personalidad de Millon y el MIPS como instrumento de medida de la personalidad normal, han sido utilizados en diferentes contextos de investigación, para estudiar su relación con otras variables demográficas y psicosociales, tales como: sexo (Bonilla-Campos & Castro-Solano, 2000), edad (Díaz-Morales & Castro-Solano, 2000), nación/cultura (Aparicio-García, 2000; Sánchez-López & Aparicio-García, 1998), objetivos de vida y satisfacción vital (Díaz-Morales & Castro-Solano, 2000), cognición y relación con la hemisfericidad (Fusté-Escolano & Ruiz-Rodríguez 2000), tipología circadiana (Dresch, Sánchez-López & Aparicio-García, 2005; Sánchez-López & Díaz-Morales, 2001), creatividad (Limiñana, Corbalán, Sánchez-López, 2010), personas cuidadoras (Cuellar-Flores & Sánchez-López, 2012; Cuéllar-Flores, Sánchez-López & Brabete, 2013; Cuéllar-Flores, Sánchez-López & Santamaría, 2012), género (Sánchez-López, Cuéllar-Flores, Limiñana & Corbalán, 2012), en personas mayores dependientes (Sánchez-López, Cuéllar-Flores, Sánchez-Herrero & Aparicio, 2009), mujeres víctimas de malos tratos (Patró, 2006; Patró, Corbalán & Limiñana, 2007; Patró-Hernández, Fernández-Ros & Corbalán-Berná, 2000; Rivas-Díez, 2015), en adultas mayores argentinas (Urquijo et al., 2008) y, en universitarios brasileños (Dresch et al., 2005), sin embargo no se han encontrado estudios en profesionales sanitarios realizados con este instrumento de personalidad.

Es relevante la aportación de este modelo en profesionales sanitarios, al tratarse de un modelo de personalidad en términos dinámicos, que representa a la personalidad normal y que responde a una perspectiva integradora, biosocial, evolucionista, cognitiva y ecológica. Se describe por tanto la personalidad de los profesionales sanitarios del

estudio, rescatando su unidad, complejidad y su carácter multidimensional, Millón (1969, 1990).

Finalmente, señalar que tanto el modelo de personalidad de Millon como el MIPS, que incluye la posibilidad de evaluar aspectos motivacionales, cognitivos y comportamentales a través de 24 escalas agrupadas en tres categorías, ofrecen mayor riqueza descriptiva que los modelos centrados en rasgos de personalidad más globales y permiten, asimismo realizar un análisis más detallado de las relaciones entre las variables estudiadas (Patró et al., 2007).

#### **4.3 – PERSONALIDAD Y SALUD EN PROFESIONALES SANITARIOS**

En el contexto sanitario como fuente de estrés (ver apartado 3.1) se han identificado numerosos factores estresantes para los profesionales sanitarios, como son: sobrecarga, pacientes difíciles, relaciones con el equipo, etc., éstos por sí solos no explican el estrés crónico de los sanitarios, si no que son la percepción personal y los mecanismos de afrontamiento los que parecen marcar el grado de vulnerabilidad individual (Zellars et al., 1999) , y que explicarían el porqué a igualdad de condiciones de trabajo unos desarrollarían síntomas de desgaste psicológico y otros no. Desde esta perspectiva contextualista (Lazarus & Folkman, 1986) se asigna mayor papel a la naturaleza de la situación y al contexto específico del afrontamiento, sin embargo también son importantes las variables internas (perspectiva disposicional). En esta investigación se considera el *modelo de las polaridades de los estilos de personalidad* propuesto por Millon (ver apartado 4.2) para analizar las relaciones entre personalidad y salud de los profesionales sanitarios por su carácter dinámico y multidimensional.

En este apartado se revisan en primer lugar, las principales conclusiones de investigación que analizan la relación entre la personalidad y la salud, teniendo en cuenta el sexo y el contexto laboral de los profesionales sanitarios. En segundo lugar, se describen las consecuencias de la personalidad sobre la salud de los sanitarios.

#### **4.3.1 – Personalidad y salud**

En general los tipos de personalidad son muy útiles para predecir los comportamientos de riesgo para la salud. Se han encontrado estudios que analizan las asociaciones entre personalidad y conductas de riesgo para la salud, resultando que los factores situacionales actúan conjuntamente para promover la buena y prevenir la mala salud. El afecto negativo aparece como predictor de la búsqueda de riesgo de la salud (Lauriola, Russo, Lucidi, Violani & Levin, 2005).

Destacan los siguientes estudios (Dresch, 2006; Fierro & Cardenal, 2001) que han demostrado la pertinencia del modelo de Millon de personalidad normal como indicador de salud física y psicológica, señalando la relación entre un mejor estado de salud con las polaridades más adaptativas del instrumento (Millon, 2001).

#### ***Personalidad y salud según sexo/género***

Costa, Terraciano & McCrae (2001) indican que las mujeres se diferencian de los varones en que tienden a experimentar sentimientos negativos (excepto en Hostilidad), son amables, altruistas, afectuosas y amistosas en sus relaciones con los demás y experimentan de manera más profunda y diferenciada los estados emocionales (tanto la felicidad como la desdicha), En cambio, los hombres se distinguen en que son



dominantes y socialmente destacados y son curiosos intelectualmente, buscando activamente ideas nuevas y poco convencionales en el terreno mental. No se han encontrado diferencias de sexo/género en las facetas del factor Responsabilidad.

Estos autores Costa, Terraciano y McCrae (2001) señalan que el patrón de las diferencias encontradas en personalidad según sexo/género ha sido bastante semejante en los países estudiados. En todo caso, encuentran que el patrón diferencial entre varones y mujeres es más evidente en Occidente (sobre todo en países individualistas, ricos, igualitarios y masculinos). Estos resultados son corroborados por otros dos estudios realizados por los mismos autores (McCrae & Terraciano, 2005a; McCrae & Terraciano, 2005b). Señalan los autores, que una posible explicación a esta marcada diferencia se basa en que las culturas tradicionales los individuos se comparen más con otras personas de su mismo sexo/género, mientras que en culturas modernas, los hombres y mujeres tomen a ambos sexos como referencia a la hora de compararse con los demás.

Las diferencias de sexo/género en personalidad también han sido estudiadas empleando el modelo de Millon. En el modelo de personalidad de Millon, se puede esperar a priori, que haya diferencias de sexo/género en dos escalas; Individualismo (favoreciendo a los varones) y Protección (favoreciendo a las mujeres), debido en parte, a sus bases biológicas. Estas escalas están basadas en el constructo bipolar hacia sí mismo-hacia los demás, derivado del principio evolutivo y ecológico “replicación”.

Bonilla-Campos & Castro-Solano (2000), analizan las diferencias de sexo/género en población española, utilizando el modelo de personalidad de Millon. Los resultados encontrados en población adulta española indican que las mujeres puntúan significativamente más en Protección, Sentimiento y Aquiescencia, mientras que los

varones tienen puntuaciones mayores en Individualidad, Pensamiento y Dominio. Esta misma tendencia aparece con los datos de Millon en la versión original del MIPS.

Por tanto los resultados aportados por el estudio de Bonilla-Campos & Castro-Solano (2000), indican que las mujeres se caracterizan por satisfacer primero a los demás, en lo que se refiere a las metas motivacionales; forman sus juicios respecto a sus propias reacciones afectivas y son guiadas por sus valores personales cuando procesan la información que reciben. Cuando se relacionan con los demás, son simpáticas socialmente, estableciendo vínculos afectivos y lealtades muy fuertes, pero ocultando sus sentimientos negativos.

Por otra parte, los varones en cuanto a sus metas, son orientados a sus propias necesidades, sin preocuparse de los demás, son independientes y egocéntricos; procesan los conocimientos por medio de la lógica y el análisis, tomando decisiones basadas en juicios objetivos; y al relacionarse con los demás son enérgicos, dominantes y socialmente agresivos. Se ven como intrépidos y competitivos, son ambiciosos y obstinados.

Otro aspecto importante a destacar del estudio de Bonilla & Castro (2000), es que las escalas en que las mujeres puntúan significativamente más alto son escalas consideradas más desadaptativas (Millon 1994a, 2004a), mientras que las escalas en que los varones tienen puntuaciones más altas son escalas pertenecientes al grupo de las más adaptativas del MIPS.

En lo que a la salud percibida se refiere, Williams, O'Brien & Colder (2004), predicen una pobre conducta de salud, particularmente cuando está asociado a bajos niveles de Extraversión. La Extraversión está asociada a conductas de salud, expectativas de conductas de salud y probablemente estimativas de una mejor salud.

El patrón de las diferencias de personalidad según sexo encontradas con el modelo de Eysenck, con el modelo de los Cinco Grandes Factores y con el modelo de personalidad de Millon son bastantes semejantes.

En cuanto a la personalidad y la salud (Carver, Smith, , Antoni, Petronis, Weiss & Derhagopian 2005) estudian si el Optimismo y el bienestar psicológico influyen en la adherencia al tratamiento, tanto inicial como a largo plazo. Los resultados indican que el Optimismo explica en parte la adherencia al tratamiento y el bienestar psicológico sólo en el estadio inicial del tratamiento. En esta línea, el estudio de Mathews, Raikkonen, Sutton-Tyrrell y Kuller (2004) indica que el rasgo de Optimismo se presenta como un predictor significativo de los indicadores de salud evaluados (medida de la cintura, HDL, triglicéridos, glucosa, consumo de tabaco, presión arterial, actividad física y consumo de alcohol). Así, las mujeres optimistas muestran menos probabilidad de progresión de las enfermedades carótidas que las pesimistas. Una posible explicación a esto reside en la evidente conducta pro-activa de afrontamiento de los optimistas en sus conductas de salud (seguir una dieta baja en grasa saturada, incrementar la actividad física, etc). Otros estudios han asociado las enfermedades cardiovasculares al rasgo de Ira en varones (Bleil, McCafery, Muldon, Sutton-Tyrrell & Manuck 2004)

### ***Personalidad y salud según entornos laborales***

Existe evidencia empírica de que la personalidad afecta al rendimiento de los individuos en el trabajo (Barrick & Mount, 1991). En los entornos laborales muy estructurados y poco ambiguos el constructo personalidad no reviste demasiada importancia, ya que la conducta afectiva de los candidatos responde más a demandas de

la situación que a sus rasgos personológicos. En cambio aquellos ambientes más ambiguos dejan el campo libre para que las diferencias individuales se manifiesten por sí mismas. Barrick & Mount (1993) demostraron que los rasgos de personalidad, responsabilidad, extraversión y agradabilidad eran buenos predictores sólo en aquellos casos en que los empleados tenían autonomía en su trabajo. La mayoría de los diseños utilizados son bivariados, toman como predictores a las variables de personalidad y como criterio de rendimiento efectivo (Adler, 1996).

En la misma línea, las organizaciones son relativamente homogéneas respecto a los estilos de personalidad aceptados dentro de la misma; los sujetos tienden a seleccionar aquellas organizaciones que canalizan mejor sus necesidades y motivaciones (Schneider, Smith, Taylor & Fleenor 1998).

Los principales hallazgos de las diferencias individuales según (Costa & McCrae, 1985, 1988) señalan: *Extroversión* es un rasgo válido para todas aquellas ocupaciones relacionadas con versatilidad y expresión oral. Es un buen predictor junto con agradabilidad, para ocupaciones que requieran poner en juego habilidades personales en puestos de trabajos relacionados con el trato al público y en directivos. Es un rasgo importante para aquellas tareas que se requiera ser sociable, asertivo y gregario y menos importante en trabajos menos cualificados. *Cultura* es un predictor para todos los grupos laborales, ya que predice calidad de trabajo y competencia (Costa, 1996; Salgado, 1997). *Estabilidad emocional* parece ser el mejor predictor para policías y personal directivo (Salgado, 1997). *Agradabilidad* puntuaran alto todas aquellas personas que se comporten según lo esperado para ese puesto (Costa, 1996).

Se analizó el patrón de respuestas del MIPS de personas sometidas a procesos de evaluación psicológica obligatoria, para identificar qué escalas distorsionaban más como consecuencia de la administración obligatoria en un contexto laboral real (muestra

laboral y muestra de población general). El análisis efectuado dio como resultado una función discriminante que explicaba el 35% de la varianza en las puntuaciones. Se encontró que las escalas de Preservación, Sistematización, Individualismo y Reflexión discriminaban más entre los grupos. Las personas evaluadas de modo obligatorio tienen tendencia a mostrarse más optimistas ante la vida, más independientes y asertivos, sin depender tanto de los demás para emitir un juicio. Procesan la información de modo más lógico y sistemático, apareciendo más racionales que subjetivos. Agregan la información nueva a esquemas de conocimiento previos, no presentan como muy innovadores y creativos (Castro-Solano & Casullo, 2000).

Alcover de la Hera (2007), relaciona comportamientos laborales y ajuste en el trabajo, analizando comparativamente personas y puestos en estudios longitudinales. En muchas profesiones, la adaptación mediante habilidades profesionales suele considerarse más importante que las habilidades interpersonales, un problema que se produce sobre todo en profesiones desarrolladas en equipo.

Considerando las bipolaridades de la personalidad del modelo de Millon, tenemos que los estilos del polo A de MM y de MC y los estilos del polo B de CI son considerados por Millon como los más adaptativos respecto a un funcionamiento saludable de la personalidad. Por el contrario, los correspondientes estilos opuestos de dichas bipolaridades (estilos del polo B de MM y de MC y estilos del polo A de CI) coinciden con estilos menos adaptativos de la personalidad. Estos resultados obtenidos son consistentes con los hallados por Millon (1997) y por otros investigadores (Díaz Morales & Sánchez López, 2002; Patró Hernández et al., 2007).

#### 4.3.2 – Consecuencias de la personalidad en la salud de los profesionales sanitarios

Los estudios sobre la relación entre personalidad y consecuencias en la salud de los profesionales sanitarios (PS) son escasos. Se realiza una revisión bibliográfica exhaustiva, en la que se pretende resaltar, como la personalidad puede ejercer un efecto mediador o modulador en la salud psíquica de los profesionales sanitarios.

Los rasgos de personalidad, como la baja estabilidad emocional, la tensión y la ansiedad, se asocian de manera significativa a puntuaciones altas de burnout, en una muestra de médicos/as de AP. Se aprecian diferencias en cuanto al perfil de personalidad de los varones y mujeres con criterios de burnout. El perfil de la médica “quemada” incluiría una mayor aprensión y menor atrevimiento que su colega masculino en igualdad de circunstancias, aunque la dimensión ansiedad estaría presente por igual en ambos sexos (Cebriá et al., 2001).

Carballo-Bouzas, Faílde-Garrido y Vázquez-Vázquez (2010), relacionan los rasgos de personalidad, la autoestima y *burnout* con la percepción subjetiva de salud general en una muestra de profesionales sociosanitarios de atención especializada (AE) de Galicia, a los que se les administraron las versiones españolas de los siguientes instrumentos: MBI, *Escala de Autoestima de Rosenberg* (1965) y el *Inventario NEO* reducido de 5 factores (NEO FFI, McCrae & Costa, 2004). Concluyen que más de un tercio presentan puntuaciones elevadas en la escala MBI, indicativas de riesgo de *burnout*, con elevado agotamiento emocional y baja realización personal, con bajos niveles de salud percibida, de autoestima y altos en neuroticismo, que parecen relacionarse con mayor riesgo de *burnout*.

En una muestra española de 1.095 trabajadores sanitarios hospitalarios (AE) se observó un alto nivel de cansancio emocional, sobre todo entre médicos/as y enfermeros/as. Se asoció este cansancio emocional al consumo de tranquilizantes o antidepresivos de manera asidua, mientras que el optimismo y la satisfacción profesional, mostraron una relación inversa. Los años de profesión, el optimismo, valorar como útil el trabajo y percibir que se es valorado por los demás se asociaron inversamente con un alto nivel de despersonalización. La baja realización personal se asoció inversamente con el optimismo, la valoración de la utilidad del trabajo y el equipo de trabajo (Grau, Suñer & García, 2005).

Los/as trabajadores/ras sanitarios/as hospitalarios/as con un mayor nivel de optimismo tuvieron mayores puntuaciones en calidad de vida en todas las dimensiones del SF-36, menor desgaste profesional y una mejor percepción del clima organizacional (Grau et al., 2005).

En un estudio (Alemán, 2013) de enfermeros/as de un hospital (AE) militar de Perú, se obtuvieron correlaciones inversas entre los factores de extraversión, apertura al cambio, agradabilidad y conciencia, con agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Por su parte, el factor de neuroticismo no obtuvo ninguna relación significativa con las dimensiones del burnout. Además, aquellas que obtienen una puntuación alta en el factor extraversión que se caracterizan por su sociabilidad, dinamismo, energía, optimismo y asertividad (Costa & McCrae, 1992), contribuyen a manifestar menores niveles de cansancio emocional (Morgan & Bruin, 2010). También, estos profesionales logran consolidar un adecuado soporte social que amortigua los efectos negativos del estrés (Avendaño, Bustos, Espinoza, García & Pierart, 2009; Hamaideh, 2011).

Bencomo, Paz y Liebster (2004) señalan en su trabajo con enfermeras de AE, que el síndrome de agotamiento no se relaciona con una “personalidad tipo”. Aunque apuntan que los “sujetos agotados” presentan rasgos de personalidad como: sensibilidad a la crítica, desconfianza hacia los demás y dificultad para establecer contactos sociales mientras que los “sujetos no agotados” presentan rasgos como: optimismo, perspectiva realista ante acontecimientos y capacidad para establecer relaciones interpersonales. Otro estudio que analiza la relación entre perfiles de personalidad y los efectos del estrés asistenciales en personal sanitario de AE es el estudio realizado por Novoa et al. (2005), estos autores encontraron que factores como el cansancio emocional, la despersonalización y los factores de personalidad como prudente-impulsivo, confiado-celoso y sumiso-dominante, son predictores del desempeño ocupacional.

Domínguez-Fernández et al. (2013) definen diferentes patrones de comportamiento en los trabajadores de salud de atención especializada y atención primaria en Ceuta, destacando cinco tipos comportamentales de características peculiares y de interés para la clínica laboral: quemado (desgaste profesional), acosado, satisfecho laboral familiar, satisfecho laboral individual y sociable.

Por otro lado, existen variables moduladoras como el apoyo social, la autoestima y la autoeficacia, y particularmente la personalidad resistente se presentan como amortiguadores de las consecuencias negativas del estrés, entre enfermeros/as de hospitales oncológicos (Chacón & Grau, 2004; Ríos et al., 2011).

Existen numerosos estudios que relacionan la personalidad resistente con la salud o bienestar psicológico. Destacan entre ellos aquellos que la vinculan con el burnout en personal de enfermería (Garrosa et al., 2008; Judkins, Massey & Huff, 2006; Lambert et al., 2007). Además gran parte de los estudios nacionales encontrados centran su atención en el efecto predictor y modulador que este constructo de



personalidad ejerce sobre el síndrome de quemarse por el trabajo en los profesionales sanitarios (Garrosa et al., 2008; Garrosa, Moreno, Rodríguez & Morante, 2005).

Arrogante (2014), en una muestra de profesionales de enfermería (enfermeros/as y auxiliares de enfermería) mostró que la salud mental se relacionaba negativamente con las tres dimensiones del burnout y positivamente con la resiliencia. De manera que, la resiliencia no solamente es relevante para mejorar la salud mental del personal de enfermería, sino también para amortiguar y minimizar las consecuencias negativas del estrés laboral al que están expuestos en su trabajo, cuyo resultado más adverso es la aparición del burnout.

Estos resultados señalan la importancia que tienen las variables de personalidad en la comprensión de la respuesta ante las situaciones estresantes, ámbito y estudio necesario para el desarrollo de las estrategias de afrontamiento que desarrollan los profesionales sanitarios y que sirven para modular las consecuencias sobre su salud.

Finalmente, no se han encontrado estudios en profesionales sanitarios que evalúen la relación entre la personalidad según el modelo dimensional de Millon y el afrontamiento según la concepción teórica de Carver. Por tanto esta Tesis Doctoral es un estudio exploratorio que intenta explicar como las características personales (estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento) de los profesionales sanitarios influyen en su salud física y psicológica.

#### **4.4 – BIENESTAR SUBJETIVO: SATISFACCIÓN**

La satisfacción se define normalmente como el componente cognitivo del bienestar subjetivo (Veenhoven, 1994).

El objetivo de alcanzar la felicidad por el ser humano es perseguido desde sus orígenes. Es un hecho constatado que la mayor parte de las personas se consideran felices. La felicidad, o en términos generales el bienestar, es considerada como una de las disposiciones más importantes del ser humano y sin embargo ha sido de la menos estudiada (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). El sentirse satisfecho y a gusto con la vida es un síntoma de un adecuado nivel de bienestar psicológico. El balance de tipo cognitivo que las personas hacen sobre su propia vida en relación a lo que se pretendía conseguir con lo que finalmente se ha conseguido es la satisfacción vital.

Las evaluaciones subjetivas de la salud personal están más influenciadas por rasgos de la personalidad, como el neuroticismo y por Estrategias de Afrontamiento (como el rechazo o la negación) que por la salud objetiva (Carr, 2007). Así, las emociones positivas (como la felicidad) nos permite aumentar la tolerancia al dolor (Weisenber, Raz & Hener, 1998). También, se ha comprobado que el sistema inmunológico de las personas felices funciona con más eficacia que el de las personas infelices (Kamen-Siegel, Rodin, Seligman & Dwyer, 1991; Segerstrom, Taylor, Kemeny & Fahey, 1998). A su vez, esto puede explicar la influencia que puede tener el bienestar sobre la salud.

En este apartado se presenta primero, una aproximación al fenómeno partiendo del marco general del bienestar subjetivo (perspectivas, los componentes y la medida

del bienestar subjetivo) segundo, las diferentes teorías del bienestar subjetivo o satisfacción, y tercero la influencia de las variables contextuales como personales sobre el bienestar. Finalmente, se revisan los estudios de personalidad y satisfacción en profesionales sanitarios.

#### **4.4.1 – Marco general del bienestar subjetivo**

El bienestar psicológico es un componente amplio que incluye dimensiones subjetivas, psicológicas y sociales, así como comportamientos relacionados con la salud que hacen que las personas actúen de manera positiva frente a la vida.

#### **Perspectivas del bienestar subjetivo**

Desde una óptica histórica, el estudio del bienestar se ha abordado desde tres perspectivas: sociológica, psicológica e integradora.

*a) Perspectiva sociológica:* protagonizada por sociólogos y economistas tratando de estudiar las condiciones sociológicas necesarias para que las personas estén satisfechas con la vida en general (familia, estudios, amigos, trabajo, tiempo libre).

*b) Perspectiva psicológica:* la satisfacción con la vida es el componente central del bienestar subjetivo. El bienestar es entendido como una valoración cognitiva que resulta del proceso de comparación con diferentes estándares de referencia (Michalos,

1985), y como el balance entre el afecto positivo y el afecto negativo (Bradburn, 1969). Algunos estudios representativos de esta última corriente aparecen resumidos en la revisión de Diener (1984).

*c) Perspectiva integradora:* considera aspectos de las dos perspectivas anteriores. El bienestar subjetivo está constituido por varios componentes: el cognitivo (satisfacción con la vida), el emocional (afecto positivo y afecto negativo), y además debe considerarse en un contexto determinado (general, como la cultura, o específico, como el contexto más inmediato). Esta perspectiva ha sido propuesta por (Diener et al., 1999).

### **Componentes del bienestar subjetivo**

La conceptualización del bienestar ha estado centrada en desmenuzar sus elementos y clarificar si el bienestar es un constructo o está formado por varios componentes. Entre los autores más representativos podemos mencionar a Lawton (1984), Ryff (1989) y Diener et al., (1999).

Lawton (1984), su modelo diferencia varios aspectos: conducta competente, entorno externo/objetivo, calidad de vida percibida y bienestar psicológico.

*Conducta competente:* se refiere al comportamiento de la persona y es evaluado desde un punto de vista social. *Entorno externo:* tiene que ver con el contexto en que vive la persona y es descrito a partir de indicadores objetivos de calidad de vida. *Calidad de vida:* se define como un conjunto de evaluaciones sobre diferentes áreas de la vida, los dominios vitales más comunes son, la familia, los amigos, el nivel de vida, el tiempo libre y el entorno. *Bienestar psicológico:* relacionado con la calidad de vida percibida y está formado por dos componentes: afectivo y cognitivo. Es definido como

satisfacción global y salud mental positiva, y es considerada como la mejor medida de conceptos como la autoestima o fuerza del yo. Lawton (1984) señala cuatro líneas de investigación en esta esfera: Neuroticismo o Afecto negativo, Afecto positivo, Congruencia entre metas realizadas y metas deseadas y, Felicidad.

Además, como la calidad de vida y el bienestar psicológico, se refiere a aspectos internos de la persona, los denomina “bienestar subjetivo”. Y como la conducta componente y el entorno son aspectos externos a la persona y que pueden ser evaluados por otros, los denomina “bienestar objetivo”.

Ryff (1989), planteó el “Modelo de la Multidimensionalidad Constructural” o “Modelo Multidimensional del Bienestar Psicológico”, donde el bienestar lo relaciona con el funcionamiento mental positivo. Señala además, seis temas principales: *autoaceptación*, (actitud positiva de uno mismo, a pesar de las propias limitaciones), *relaciones positivas con los otros* (implica poder establecer relaciones estables con los demás, basadas en la confianza y en la capacidad de amar), *autonomía* (autodeterminación que posibilita a la persona no dejarse llevar por las presiones sociales y tomar el control de su propio comportamiento), *dominio del entorno*, (capacidad de la persona para manejar el medio, sintiéndose capaz de influir en el mismo, y adecuarlo a sus necesidades y deseos), *propósito en la vida* (evidencia a través de metas concretas y realistas, que le otorgan sentido a las experiencias pasadas y futuras) y *crecimiento personal* (estrategias para fortalecer las propias capacidades y potencial, que derivan en un crecimiento y madurez del individuo). Ryff (citado por Rangel-Alonso, 2010) plantea que el bienestar depende de ciertas variables como la edad, el género y la cultura de las personas. Este autor ha determinado que, a medida que los individuos alcanzan la edad adulta, poseen mayor autonomía, dominio del

medio y perciben sentimientos positivos de crecimiento personal, mientras que el crecimiento personal y los propósitos de vida disminuyen con el tiempo (ambas características propias de la adultez). Estos hallazgos sugieren que el significado o la experiencia subjetiva de bienestar cambia a lo largo de la vida.

Diener (1994) señala que el bienestar se refiere a una experiencia global de los aspectos positivos de la vida. Incluye componentes como la satisfacción y el nivel hedónico. El nivel hedónico es el equilibrio entre el carácter agradable y desagradable de la vida emocional. La satisfacción, o componente cognitivo del bienestar subjetivo, implica una valoración global de la vida o aspectos específicos de la misma y es evaluado por la *Escala de Satisfacción Vital* (Satisfacción With Life Scale) propuesta por (Diener et al., 1995) y la *Escala de Satisfacción en áreas Vitales*, conocida como *Delighted-Terrible Scale* (Andrews & White, 1976). El componente emocional del bienestar subjetivo, está constituido por dos dimensiones, afecto positivo y afecto negativo. Son dos dimensiones que correlacionan diferencialmente con variables de personalidad como neuroticismo y extraversión (Magnus, Fujita, Diener & Pavot, 1993).

(Diener et al., 1999), definen el bienestar subjetivo como una “amplia categoría de fenómenos que incluye: las respuestas emocionales, la satisfacción en diferentes dominios o áreas y un juicio global de satisfacción vital”. Prevalece, por tanto, la diferenciación entre el componente emocional (afecto positivo y negativo) y el componente cognitivo (satisfacción vital o en diferentes áreas). De esta forma, el Bienestar Subjetivo se refiere a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y a las conclusiones cognoscitivas y afectivas que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia. Comúnmente y en la vida cotidiana se denomina felicidad al Bienestar Subjetivo experimentado cuando se sienten más emociones agradables y pocas

desagradables, cuando están comprometidos en actividades interesantes y cuando están satisfechos con sus vidas. Lo central es entonces, la propia evaluación que la persona hace de su vida (Diener, 2000). En resumen, se dice que un sujeto posee un alto Bienestar Subjetivo si expresa satisfacción con su vida y frecuentes emociones positivas, y sólo infrecuentemente, emociones negativas. Si por el contrario, el individuo expresa insatisfacción con su vida y experimenta pocas emociones positivas y frecuentes negativas, su Bienestar Subjetivo se considera bajo.

Uno de los hallazgos relevantes ha sido que el bienestar subjetivo posee una fuerte relación con la personalidad (Diener & Suh, 1997). Se ha encontrado una tendencia en las personas emocionales, impulsivas y temerosas (neuroticismo) a experimentar mayor afectividad negativa. Por el contrario (Díaz-Morales & Sánchez-López, 2002), caracterizan a las personas extravertidas como personas que experimentan un mayor afecto positivo.

La reflexión en cuanto a que la personalidad colabora con la satisfacción con la vida de las personas, la comparten investigadores como Gable, Reis, Impett y Asher (2004). Las relaciones entre la evaluación de las diferentes áreas vitales es diferente según edad y el contexto, y no está muy claro qué papel juega en estas diferencias el componente emocional. Además, está bien consolidado el hecho de que la satisfacción se incrementa con la edad, mientras que la felicidad disminuye (Diener et al., 1999).

Hay autores que el bienestar psicológico lo contemplan como un concepto de estructura unidimensional, ya sea que hablemos de satisfacción vital o bienestar subjetivo (Diener & Biswas-Diener, 2009). Mientras que (Castro-Solano & Díaz-Morales, 2002; Casullo, 2002) consideran el bienestar psicológico o felicidad como un constructo multidimensional que comprende elementos emocionales como cognitivos, y que por lo tanto, abarca diversos contextos en los cuales se desempeña una persona.

Recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) ha establecido que la satisfacción vital es el primer indicador del bienestar subjetivo en el contexto de los objetivos de salud para 2020. Así este componente del bienestar es el que ofrece mayor estabilidad temporal y resistencia a influencias externas (Diener, 1984; Luhmann, Hawkley, Eid & Cacioppo, 2012)

### **Medidas del bienestar subjetivo.**

Centrándonos en el componente cognitivo, la satisfacción con la vida se define como una evaluación global que el individuo hace de su vida. Según Diener (1984) las investigaciones sobre la satisfacción con la vida se deben centrar en los juicios subjetivos que hace la persona sobre su propia vida. Por tanto, en lugar de sumar la satisfacción a través de dominios específicos para obtener una puntuación general de satisfacción, Diener, Emmons, Larsen & Griffin (1985) construyeron una escala multi-ítem, que evalúa la satisfacción con la vida como un proceso de juicio cognitivo.

La *Escala de Satisfacción Vital* (Satisfacción With Life Scale, *SWLS*) propuesta por Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985) se ha utilizado en múltiples estudios con la versión original inglesa se incluyen muestras como: estudiantes (Diener et al., 1985; Lewis, Shevlin, Bunting & Joseph, 1995; Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991; Pavot & Diener, 1993; Shevlin, Brunson & Miles, 1998); personas de tercera edad (Pavot et al., 1991), militares y enfermeras (Smead, 1991), hombres adultos trabajadores (George, 1991) etc.. También se pueden encontrar datos normativos de las versiones derivadas de los estudios transculturales realizados con la *SWLS*, como por ejemplo; las versiones en francés (Blais, Vallerand, Pelletier & Briere, 1989), Holandés (Arrindell, Meeuwesen & Huyse, 1991; Arrindell, Heesink & Feij, 1999), ruso (Baltsky & Diener, 1993) y Chino



Mandarín (Shao & Diener, 1992). En la población argentina (Castro Solano, 2000) y española (Díaz Morales, 2001); presentando buenos datos psicométricos, una fiabilidad de alfa de Cronbach de 0,87 (ver apartado 5.5.2.2 *Cuestionarios de Salud Psicológica*, para más detalle).

En esta Tesis Doctoral para evaluar la satisfacción vital de los profesionales sanitarios se ha utilizado la Escala de Satisfacción con la Vida (*SLWS*) Diener et al. (1985). Es una escala multítem (5 ítems) con formato de respuesta likert en 7 categorías que evalúa la satisfacción con la vida, entendida como el componente cognitivo del bienestar subjetivo. Los estudios de validez con la escala SLWS han obtenido un único factor que explica aproximadamente el 60 % de la varianza.

#### **4.4.2 – Teorías del bienestar**

Existen distintas teorías que relacionan la satisfacción con el bienestar y con los placeres personales. Little (1983) señala que el mejor predictor de la satisfacción vital es el resultado del proyecto, es decir, el grado en el que los proyectos de vida se han logrado satisfactoriamente. Estos proyectos de vida se desarrollan en dos ámbitos principales para el ser humano, como son el dominio familiar y el laboral ocupando un lugar importante para explicar la satisfacción global. En consecuencia, en esta Tesis Doctoral se ha tenido en cuenta estos dos dominios y la relación entre ellos con los estilos de personalidad de los profesionales sanitarios.

Little (1983) y Emmons (1986, 1992) afirman que existe una relación directa entre el bienestar, los planes personales, los objetivos y proyectos de vida. Consideran que el logro de los mismos aumenta el bienestar en la vida de las personas. Por su parte,

Little (1983) también agrega que el grado en que los proyectos de vida se van logrando, la concreción de los mismos es determinante de la satisfacción vital; colocando este constructo como punto de anclaje con las variables de personalidad más estables. En otro de sus artículos más actuales, Little (2008) plantea que la calidad de vida se apoya sobre el propósito sostenido de cumplir con los proyectos personales. Salmela-Aro (2010) ha examinado en el contexto del transcurso de la vida, desde la adolescencia a la madurez, la relación entre las metas personales y el bienestar.

En este apartado se resumen las diferentes teorías sobre el bienestar resaltando los aspectos más representativos de las mismas: teorías bottom-up y top-down y teorías del fluir.

#### ***Teorías bottom-up y top-down***

En las investigaciones realizadas sobre bienestar psicológico, se pueden identificar variables internas del sujeto (personalidad, metas, proyectos, valores), que han derivado en tres teorías principales:

*Teoría abajo-arriba o bottom-up:* plantea que la satisfacción con la vida va a depender del conjunto de las satisfacciones que se dan en cada dominio de la vida, es decir, el bienestar en el matrimonio, los estudios, el trabajo, la familia; en su conjunto, ayuda a que las personas experimenten una sensación global de bienestar subjetivo. Esta teoría propone que el bienestar es más una disposición general de la personalidad y tiene una característica estable en la vida de las personas.

*Teoría arriba-abajo o top-down:* postula que la satisfacción con la vida en general determina el nivel de satisfacción en cada una de las áreas vitales. Esta teoría considera que la interpretación positiva o negativa que hagan las personas de sus experiencias de

vida va a determinar su visión del mundo en los distintos contextos en donde se manejan. Por ello, afirma que el bienestar subjetivo es bastante estable en el tiempo y está poco afectado por los acontecimientos de la vida, ya que existe una relación entre el bienestar subjetivo y las características personales del sujeto.

*Relación bidireccional:* Se ha creado una tercera perspectiva teórica, que afirma que la relación planteada es bidireccional (Feist, Bodner, Jacobs, Miles & Tan, 1995). Estas tres teorías son el fruto de la búsqueda del por qué las personas están satisfechas con la vida y la principal conclusión de estos modelos es la relación bidireccional y circular entre la satisfacción con la vida en general y la satisfacción con diferentes áreas vitales (Díaz-Morales & Sánchez-López, 2001; 2002).

### ***Teoría del flujo (Flow)***

Desde otro punto de vista, hay autores que proponen que el bienestar es consecuencia del desarrollo de la actividad por sí misma, mas que el resultado del logro de un estado final (necesidad o meta) hacia el cual la conducta es orientada.

Csikszentmihalyi (1998) es el máximo exponente de esta teoría y concluye que, la felicidad no es algo que sucede, no es un producto al azar, sino que es una condición vital que hay que cultivar para alcanzarla. Aquellas personas más felices son las que supieron cómo controlar sus experiencias internas para determinar la calidad de sus vidas.

El estado óptimo de la experiencia se alcanza cuando hay un orden de conciencia, es decir, cuando las personas centran su energía psíquica en una meta. Esta meta tiene que cumplir un requisito de retroalimentación constante para que se alcance la condición de flujo y así la experiencia de la felicidad. Cuando la conciencia está

organizada de esta manera a través de experiencias de flujo, la calidad de vida mejora y la personalidad se diferencia y se complejiza. Actualmente es una de las teorías con mayor potencial explicativo dentro del campo de la satisfacción.

#### **4.4.3 – Influencia de las variables contextuales y personales sobre el bienestar.**

A lo largo de las últimas décadas se ha estudiado cómo los sucesos de la vida, las situaciones (entorno laboral y familiar) y variables demográficas afectan al bienestar (Myers & Diener, 1995). El bienestar es el resultado de momentos felices en diferentes dominios de la vida (familia, trabajo, amigos, etc.). A continuación, se describen algunas de las variables más estudiadas como las características contextuales (sucesos vitales, edad, sexo y trabajo) y las características personales.

##### ***Características contextuales***

*Sucesos vitales:* La experiencia de sucesos positivos está relacionado con el afecto positivo y la experiencia de sucesos vitales negativos están relacionados con el afecto negativo. Tanto los efectos positivos como los negativos sobre la satisfacción pueden ser momentáneos e incluso desaparecer con el tiempo debido a los procesos de habituación.

Diener & Larsen (1991) señalan que la edad, el sexo y la educación no tienen un efecto significativo sobre los niveles de bienestar. El matrimonio es una de las variables que muestra cierta relación con la satisfacción, mientras que el desempleo presenta un mayor efecto negativo sobre el bienestar.

Se podría concluir diciendo que, los sucesos vitales están influenciados por dos dimensiones: parece deberse al cambio que produce el suceso vital, más que propiamente la naturaleza del propio suceso (cambio, habituación). Otra dimensión es el control personal, aquellos sucesos esperados por la persona se asocian a resultados favorables, mientras que aquellos que no son esperados por la persona se asocian a resultados negativos. La percepción de control es una variable que se relacionaría con la satisfacción.

*Edad:* Se considera que la satisfacción es bastante estable con la edad, e incluso que se incrementa. Los estudios de Diener y Suh (1997) demuestran que la satisfacción no disminuye con la edad en diferentes países.

La satisfacción vital y el efecto negativo se mantienen bastante estables con la edad, mientras que el efecto positivo puede que disminuya, posiblemente porque se hayan considerado altos niveles de activación, que son los que disminuyen con la edad. La estabilidad de la satisfacción vital con la edad puede ser el resultado de adaptación a las diferentes circunstancias vitales a las que la persona tiene que hacer frente. Aunque las situaciones vitales cambien (divorcio, viudedad, paro, etc.) la satisfacción vital permanece bastante estable. Ryff (1991; Ryff & Keyes, 1995) encuentra que las personas mayores, comparadas con los jóvenes tienen un ajuste más preciso entre sus auto-percepciones ideales y actuales. Ante situaciones adversas de la vida, las personas pueden cambiar activamente las circunstancias de su entorno, preferentemente “asimilando” la situación o “acomodándose” a la misma. Aunque ambas estrategias de afrontamiento se relacionan con el bienestar, parece que se produce un cambio gradual conforme avanza la vida desde una estrategia de asimilación a otra de acomodación.

En definitiva, estos estudios indican que las relaciones entre condiciones objetivas de vida y el bienestar está mediada por las metas o referentes de cada persona.

*Sexo:* En la mayoría de los estudios no se han encontrado diferencias en los niveles de satisfacción según sexo. Cuando las diferencias entre hombres y mujeres aparece, son las mujeres las que obtienen mayores niveles de satisfacción que los hombres. Los modelos explicativos indican que son los roles sociales asignados los que explican las diferencias en la intensidad emocional. La autoestima global presenta diferencias entre varones y mujeres, encontrándose en clara desventaja las mujeres (Cardenal & Díaz-Morales, 2000). En esta línea otros autores han encontrado en satisfacción vital, que los hombres puntúan más alto que las mujeres (Sánchez-López et al., 2006). Sánchez-Herrero Arbide et al. (2009) hallaron que los hombres no realicen tareas del hogar (que las hagan las mujeres) está relacionado con mayor satisfacción y mejor salud.

*Situación laboral:* El área de trabajo se relaciona estrechamente con el bienestar porque proporciona un nivel óptimo placentero (Cskszentmihalyi, 1998), refuerza las relaciones sociales positivas y mantienen un sentido de identidad y significado personal.

En relación con las variables a tener en cuenta a la hora de igualar a mujeres y hombres parece que la situación laboral puede ser considerada como una de las más importantes. Las amas de casa son las que peor salud presentan, en segundo lugar las personas en paro, sean hombres o mujeres. Por tanto, al menos para las variables analizadas en esta investigación, la condición de tener o no un trabajo fuera del hogar pesa más que el sexo/género de quienes lo ejercen. El contexto laboral puede ser el contexto ideal que proporcione el nivel de satisfacción que manifiesta la persona, por lo que quizá, la diferencia está entre las personas que trabajan y aquellas que no encuentran trabajo (Sánchez-López et al., 2006).

La satisfacción con el trabajo se ha analizado en relación con facetas específicas del trabajo tales como satisfacción con el empoderamiento, realización en el trabajo,

salario, equipo de trabajo, seguridad o como una actitud general hacia el trabajo (Schneider, Hanges, Smith & Salvaggio, 2003).

*Salud:* Existen pocas dudas de la relación entre satisfacción y salud, además el bienestar subjetivo está muy asociado con conductas relacionadas con la salud (Keyes & Magyar-Moe, 2003). Las personas felices o que presentan alto afecto positivo, presentan menos sintomatología en el ámbito de la salud física y mental, y mejor funcionamiento social (Lyubomirsky, King & Diener, 2005).

### ***Características personales***

La tendencia en las investigaciones psicológicas del bienestar psicológico desde hace décadas, ha recuperado el análisis de las variables internas, como es la personalidad (Costa y McCrae, 1996), las metas, proyectos personales o tareas vitales (Cantor, Norem, Langston, Zirkel, Fleeson & Cook-Flannagan, 1991) o los valores (Oishi et al., 1999). De este modo, las variables de personalidad pueden jugar un papel relevante cuando tratamos de entender cómo las personas construyen su satisfacción vital desde un punto de vista “no normativo”, basándose en sus propios referentes y objetivos (Castro Solano & Sánchez-López, 2000).

Costa y McCrae (1984; 1996) tratan de establecer un modelo teórico de la satisfacción basado en las contribuciones de la psicología de los rasgos, especialmente en las aplicaciones de la teoría del “Big Five”. Estos autores llegaron a la conclusión de que los rasgos de personalidad que correlacionan más con la satisfacción son, Neuroticismo y Extroversión. Estos rasgos están relacionados con la experiencia de lo negativo y de lo positivo, respectivamente. Las personas que tienen rasgos de Neuroticismo (emocionalidad, impulsividad, rabia y temor) tienden a experimentar

afecto negativo. Por el contrario, aquellas personas que poseen más el componente Extroversión (vigor, tiempo, sociabilidad) experimentan más afecto positivo; así mismo no reduce la experiencia de afecto negativo. El balance cognitivo que hace la persona entre afecto positivo y negativo, “dispuestos” por estos dos grandes rasgos de la personalidad contribuye a la experiencia de la satisfacción con la vida. Las variables de personalidad, como la extraversión o el neuroticismo, podrían influir en la satisfacción con la vida (Garaigordobil, Aliri & Fontaneda, 2009).

Aunque los resultados aportados por el modelo del Big Five son consistentes, otros autores, (Castro Solano & Díaz Morales, 2000) analizan las relaciones entre el bienestar subjetivo y otros modelos de personalidad, indicando que la consideración de las unidades mediadoras (estrategias de afrontamiento) y las disposiciones (estilos de personalidad) permiten predecir un alto porcentaje de la varianza de la satisfacción (Díaz-Morales & Sánchez-López, 2001). En este sentido, consideramos relevante el estudio del bienestar desde el modelo de personalidad normal de Theodore Millon, pues además, de proporcionar un modelo teórico de referencia, el instrumento de medida que operativiza la teoría integra diferentes aspectos de la personalidad como los aspectos motivacionales de la conducta, los estilos de cognición y las relaciones interpersonales (Millon, 1994).

Según el modelo de Millon, se analizaron las relaciones entre estilos de personalidad y la satisfacción en diferentes áreas vitales y los resultados indicaron que las características de personalidad modulan las relaciones en la satisfacción de diferentes áreas vitales, siendo significativo el número y tipo de áreas relacionadas, lo que indicó que la representación de la satisfacción es diferente según las características personales (Díaz-Morales & Sánchez-López, 2002) .



En una muestra de universitarias argentinas se analizó la relación entre satisfacción con la vida, las metas personales y los estilos de personalidad. La dimensión Apoyo, en este estudio apoyo familiar, constituye uno de los elementos más relacionados con bienestar psicológico. La escala Expansión indica que la satisfacción con la vida está asociada con la tendencia a sentir placer, más que a evitar el dolor (Millon, 1990). Es decir, la tendencia a ver el lado bueno de las cosas y ser optimista en cuanto a sus objetivos y metas futuras está relacionado con la satisfacción. Este resultado confirma uno de los postulados del modelo bio-psico-social de la personalidad de Millon, ya que uno de los criterios que diferencian a los estilos de personalidad ajustados de los trastornos de personalidad es la experiencia subjetiva de satisfacción (Millon & Davis, 1998). Los resultados encontrados en Díaz Morales y Sánchez López, (2001) indican, que la orientación al placer (Expansión) está relacionada estrechamente con la satisfacción. La tendencia a ver el lado positivo de las cosas y ser optimistas respecto al futuro es una de las variables relacionadas con el bienestar (Diener et al. 1999; Myers & Diener, 1995; Strack, Argyle & Schwartz, 1991; Veenhoven, 1991). Se encontraron resultados similares en adolescentes españoles (Díaz Morales & Sánchez-López, 2001) y en adolescentes españoles y argentinos (Castro Solano & Díaz Morales, 2002).

Por tanto, este modelo de personalidad ofrece una perspectiva interesante para el estudio del bienestar (Castro Solano & Sánchez-López, 2000; Sánchez-López, Díaz & Aparicio, 1998). Los estilos de personalidad en el modelo teórico de Millon son entendidos como la combinación de tres dimensiones básicas, derivadas teóricamente, y que reflejan el patrón de afrontamiento de la persona ante diferentes situaciones. Así mismo, la insatisfacción es entendida como la incongruencia en las bipolaridades básicas y como uno de los indicadores de la personalidad ajustada (Millon & Davis,

1998). Se apoya la hipótesis de asociación del bienestar psicológico con los estilos de personalidad en diferentes estudios (Mayser, Scheibe & Riediger, 2008; Páramo, Straniero, García, Torrecilla & Gómez, 2012; Salmela-Aro, 2010; Salmela-Aro, & Wiese, 2006).

Los efectos del optimismo disposicional sobre el cambio de estrategias en la incertidumbre en el mundo laboral, se veían supeditados, por lo que se apoya la idea de que los optimistas son más capaces de adaptar sus respuestas de afrontamiento a las oportunidades disponibles (Pavlova, & Silbereisen, 2013).

En la misma línea, se estudió la correlación entre las dimensiones de bienestar psicológico con las tres áreas de los rasgos de personalidad de Millon: metas motivacionales, modos cognitivos y conductas interpersonales en un grupo de universitarios argentinos. Presentaron correlaciones positivas y negativas entre rasgos de personalidad y dimensiones de bienestar psicológico, por tanto, se apoya la hipótesis de asociación del bienestar psicológico con estilos de personalidad (Páramo et al., 2012)

La personalidad juega un papel modulador en la autopercepción del bienestar psicológico en las diferentes áreas vitales. La satisfacción no sólo está relacionada con los aspectos conductuales de la personalidad, las relaciones interpersonales en el modelo de Millon, si no con los aspectos motivacionales y los estilos de cognición (Díaz-Morales & Sánchez-López, 2002).

De ahí, el interés de analizar procesos subyacentes implicados como son los estilos de personalidad, estilos de atribución y los estilos de afrontamiento. Costa & McCrae (1984) constatan que ciertas conductas de afrontamiento son percibidas como respuestas de afrontamiento por las personas y que estas estrategias están estrechamente relacionadas con el bienestar incluso cuando las variables de personalidad son

controladas. Por tanto, las estrategias de afrontamiento también influyen en el bienestar (Diener et al., 1999).

Para (Diener et al., 1999) la habituación, estrategias de afrontamiento y el cambio de metas son tres de los procesos que pueden arrojar luz sobre cómo las personas se adaptan a sucesos vitales positivos y negativos. Personalidad, cognición, metas, cultura y procesos de adaptación y afrontamiento moderan la influencia de las circunstancias vitales sobre el bienestar subjetivo.

Finalmente, las diferentes aproximaciones teóricas de la satisfacción señalan tres aspectos principales: el primero de ellos es que las variables demográficas permiten explicar un escaso porcentaje de la varianza del bienestar; el segundo, que el bienestar está estrechamente relacionado con las características más estables de la persona, y en tercer lugar, que los objetivos o metas que se plantean cada persona de acuerdo a sus propios referentes también están implicados en la experiencia del bienestar.

#### **4.4.4 – Personalidad y satisfacción en profesionales sanitarios**

Es evidente la relación entre la satisfacción con la vida y los estilos de personalidad como se ha detallado en el apartado anterior; se ha visto como la personalidad juega un papel modulador en la autopercepción del bienestar psicológico en las diferentes áreas (metas motivacionales, estilos cognitivos y relaciones interpersonales) en el modelo de Millon (Díaz-Morales & Sánchez-López, 2002).

Encontramos como los niveles de satisfacción de los profesionales sanitarios en su mayoría son moderados (Del Ríos, Perezagua García, Villalta Sevilla & Sánchez Donaire, 2005; Fernández San Martín, Moinelo, Villanueva, Andrade, Rivera, Gómez & Parrilla, 2000; García-Izquierdo et al., 2000; Lomeña, Campaña, Nuevo Toro, Rosas,

Berrocal, & García, 2004; Molina & Ávalos, 2007; Ríos & Godoy, 2008; Varela-Centelles, Ferreiro Abelairas, Fontao Valcárcel & Martínez González, 2004), y el clima laboral percibido por los trabajadores de administración y servicios del ámbito sanitario español es moderadamente positivo, observándose un mejor clima organizacional en atención primaria que en especializada (Muñiz, Peña-Suárez, de la Roca, Fonseca-Pedrero, Cabal & García-Cueto, 2014).

A continuación se presentan estudios donde se analizan los estilos de personalidad y la satisfacción y su repercusión sobre la salud de los profesionales sanitarios.

### **Personalidad y satisfacción en AE y AP**

Aunque la Psicología del Trabajo popularizó el rol de la personalidad en contextos laborales, con el modelo de McCrae: extraversión, conformidad, consciencia, estabilidad emocional, y apertura a la experiencia. En muchas profesiones, la adaptación mediante habilidades profesionales suele considerarse más importante que las habilidades interpersonales, un problema que se produce sobre todo en profesiones desarrolladas en equipo (Alcover de la Hera, 2007).

Novoa Gómez et al. (2005), utilizando el MBI y el 16-PF en personal de enfermería de un hospital de Bogotá, donde encontraron los factores agotamiento emocional y despersonalización del MBI se relacionan con los rasgos de personalidad prudente-impulsivo, confiado-celoso y sumiso-dominante.

En una muestra de sanitarios gallegos se han relacionado los rasgos de personalidad, la autoestima y *burnout* con la percepción subjetiva de salud general, a los que se les administraron las versiones españolas de los siguientes instrumentos: MBI,

*Escala de Autoestima de Rosenberg* (1965) y el *Inventario NEO* reducido de 5 factores (NEO FFI), McCrae & Costa, (2004). Concluyen que más de un tercio presentan puntuaciones elevadas en la escala MBI, indicativas de riesgo de *burnout*, con elevado agotamiento emocional y baja realización personal, con bajos niveles de salud percibida, de autoestima y altos en neuroticismo, que parecen relacionarse con mayor riesgo de *burnout* (Carballo-Bouzas et al., 2010).

En un grupo de enfermeros/as de hospitales bolivianos se analizaron el burnout, la satisfacción laboral y los rasgos de personalidad y se encontraron asociaciones entre los componentes del síndrome del burnout con algunos factores de la personalidad: el agotamiento emocional se correlaciona con la extraversión y el neuroticismo; la despersonalización lo hace negativamente con la amabilidad y positivamente con el neuroticismo; finalmente, la realización personal se correlaciona positivamente con la apertura a la experiencia, la responsabilidad, la extraversión y la amabilidad, no correlaciona con el neuroticismo. Además, la satisfacción laboral se correlaciona positivamente con la variable "realización personal" y negativamente con la "despersonalización" y el "agotamiento emocional" (Roth & Pinto, 2011).

Los rasgos de personalidad se han estudiado en relación con la satisfacción en personal de enfermería de Taiwan. Los rasgos de personalidad de optimismo, autoestima, personalidad proactiva, la autoeficacia y la afectividad negativa contribuyeron significativamente a la satisfacción en el trabajo (Chang, Li, Wu & Wang, 2010).

Varios son los estudios que plantean la probabilidad de que existe relación entre la satisfacción y el burnout (Gil, Alcover & Peiró, 2005; Grau et al., 2005; Molina-Linde, Ávalos & Jiménez, 2005), en todos ellos se demuestra un alto nivel de significación estadística en la correlación negativa entre ambos factores, es decir, a

mayor puntaje de los componentes del síndrome de burnout, menor es la satisfacción laboral. En la misma línea, el optimismo, la satisfacción y la valoración de la utilidad del trabajo y el equipo de trabajo se asoció inversamente con la baja realización personal (Grau et al., 2005).

Del Ríos et al. (2005) mantiene esta misma tendencia en el colectivo de enfermería, ya que según estos autores lo que más satisface a los/as enfermeros/as es la competencia profesional (factor motivacional intrínseco) y las relaciones interpersonales en su lugar de trabajo, mientras que los motivos de mayor insatisfacción son la falta de reconocimiento profesional, la escasa posibilidad de promoción profesional y el salario. Además estos autores concretan que la satisfacción en estos profesionales suele ir asociada a una menor edad, y que existe una mayor satisfacción en la enfermería de primaria (AP) que en la de atención especializada (AE).

La prevalencia de burnout en los profesionales de enfermería de AE y AP es alta. Sexo, edad, estado civil, nivel de asistencia sanitaria, turno de trabajo y áreas de servicio de salud predijo al menos una de las dimensiones del síndrome. Neuroticismo, agradabilidad, extroversión y la conciencia son los rasgos de personalidad que predicen al menos dos de las dimensiones del síndrome de burnout en enfermeras. Por lo tanto, los factores de personalidad deben ser considerados en cualquier teoría de los perfiles de riesgo de desarrollar el síndrome de burnout en la profesión de enfermería (Cañadas de la Fuente, Vargas, San Luis, García, Cañadas & De la Fuente, 2015). En esta misma línea, algunos rasgos de personalidad, como la baja estabilidad emocional, la tensión y la ansiedad, se asocian de manera significativa a puntuaciones altas de burnout (Cebrià et al., 2001).

En un grupo de estudiantes chilenos de primer año de enfermería, se aprecia un nivel alto de independencia y autonomía, lo que les permite tomar decisiones propias y

sentidas y seguros de sí mismos. Además, estos estudiantes manifiestan en el MIPS una presencia marcada de los rasgos: apertura, sensación, sistematización, firmeza, conformismo y control (Ríos Erazo, Moncada, Arroyo, Llanos Román, Santana González & Salinas Gálvez, 2009).

Arrogante & Pérez-García, (2013) analizaron los factores de personalidad (incluyendo la resiliencia) que se relacionan con el bienestar subjetivo (satisfacción con la vida, afecto positivo y negativo) en una muestra de personal de enfermería de intensivos y cardiología (AE), y otra de personal no sanitario formada por funcionarios y profesores principalmente. Los análisis de regresión múltiple mostraron que el bienestar subjetivo estaba asociado con una mayor resiliencia y un menor neuroticismo en el personal de enfermería. La extraversión y el tesón (relacionados positivamente) y el neuroticismo (negativamente relacionado) fueron los predictores significativos del bienestar subjetivo en el personal no sanitario. Los resultados ponen de manifiesto la importancia de la resiliencia en el personal de enfermería de intensivos, expuestos constantemente al sufrimiento humano y a un continuo entorno laboral adverso.

Asimismo se subraya que la resiliencia es un medio para que la enfermería afronte el estrés asociado con su trabajo y que los/as enfermeros/as resilientes son un elemento crucial en nuestro sistema sanitario. En esta misma línea, Arrogante, Pérez-García y Aparicio-Zaldívar (2015), determinan como la resiliencia y las estrategias de afrontamiento más adaptativas constituyen dos recursos personales que determinan el bienestar psicológico de los profesionales de enfermería de AE.

Por último, las estrategias empleadas por los profesionales de la salud para afrontar el estrés asistencial y explorar su asociación con el bienestar subjetivo, indicaron que los médicos emplean estrategias focalizadas en la emoción con más frecuencia que los enfermeros; que los profesionales varones prefieren las estrategias

emocionales, y que tanto las estrategias de resolución de problemas como las de distanciamiento muestran fuertes asociaciones con el bienestar subjetivo. Esta última evidencia merece reclasificar las estrategias de distanciamiento e incluirlas entre los recursos salutogénicos, habida cuenta de su significativa contribución al bienestar subjetivo (Paris & Omar, 2009).

En resumen, los estilos de personalidad y los estilos de afrontamiento influyen en el bienestar psicológico de los profesionales sanitarios. El neuroticismo y la baja autoestima se asocia positivamente con la despersonalización del burnout y negativamente con la amabilidad. La extraversión, la satisfacción laboral y el optimismo se correlaciona positivamente con realización personal.

En la actualidad son escasos los estudios dirigidos a la relación entre los estilos de personalidad y la satisfacción en profesionales sanitarios. Dada la escasez de trabajos empíricos esta investigación se diseña para ser de carácter exploratorio en cuanto a la variable de personalidad y satisfacción. Se pretende comprender como los profesionales sanitarios construyen la satisfacción con la vida y en diferentes áreas vitales de forma diferente dependiendo de su perfil de personalidad desde el modelo de personalidad de Millon y las estrategias de afrontamiento desde el modelo de Lazarus & Folkman.



**PARTE II**  
**INVESTIGACIÓN EMPÍRICA**



# **CAPÍTULO 5**

## **OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y MÉTODO**



## 5 – OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y MÉTODO

---

### 5.1 – INTRODUCCIÓN

Los conceptos de personalidad y salud han sufrido un cambio en sus definiciones a lo largo de las últimas décadas. El presente trabajo se plantea desde una perspectiva salutogénica, considerando la salud una variable dinámica que incluye todos los aspectos biopsicosociales del individuo.

Como se ha mencionado en la parte teórica, se propone una perspectiva transaccional (situación-individuo-entorno), así como un papel activo del individuo sobre su propia salud. Por tanto, el propósito de este trabajo de investigación se centrará en el análisis de las relaciones entre los estilos de personalidad, los estilos de afrontamiento y la salud autopercebida considerando las peculiaridades de la actividad sanitaria que desempeñan los profesionales sanitarios. Además, se analizaron las interacciones entre diferentes tipos de actividades/situaciones (las propias de atención especializada y las propias de atención primaria) y las variables de la persona (estilo de personalidad y afrontamiento) en la salud.

En definitiva, el objetivo principal de esta Tesis doctoral será determinar qué dimensiones de la personalidad se asocian a estos tipos de atención sanitaria (atención especializada y atención primaria) que suceden en un entorno laboral sanitario y cómo repercuten sobre su salud.

## 5.2 – OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

Una vez revisados los fundamentos teóricos en los que se apoya esta investigación, se procede a enumerar los objetivos planteados con sus respectivas hipótesis para cada uno de los estudios realizados.

**Objetivo 1 – Análisis psicométrico de los instrumentos:** analizar las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados en la presente Tesis Doctoral.

El análisis de las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados es necesario para adecuar y asegurar la calidad de la medición en la muestra de profesionales sanitarios (PS), que participa en la presente investigación. La fiabilidad de un instrumento informa de la precisión de los resultados cuando se analizan las mismas mediciones en diferentes momentos, es decir, determina si un instrumento mide lo que tiene que medir. Se ha demostrado que uno de los mejores métodos estadísticos para calcular la fiabilidad de los instrumentos es analizar el coeficiente alfa de Cronbach (Carvajal, Centeno, Walson, Martínez & Sanz, 2011; Cronbach, 1951). Algunos instrumentos no han sido utilizados en este tipo de muestra y es necesario comprobar que son al menos, fiables.

**Hipótesis 1.** *Los instrumentos utilizados tendrán fiabilidad adecuada para ser usados en población sanitaria.*

**Objetivo 2 – Análisis de las diferencias en salud (física y psicológica) y personalidad según edad y sexo:** analizar las diferencias en variables de salud (física y psicológica) y personalidad según edad y sexo.

De acuerdo a la revisión teórica, se da una desigual proporción de varones y mujeres en los espacios de participación social, familiar y laboral, y son patentes las diferencias en la orientación y modulación del comportamiento en el ámbito

interpersonal. En este sentido es predecible que las mujeres presenten peor salud que los varones, y adopten un estilo de personalidad en sus metas motivacionales, de protección.

**Hipótesis 2.1.** *Los profesionales sanitarios jóvenes presentan mejor salud general que los de mediana edad.*

**Hipótesis 2.2.** *Las profesionales sanitarias mujeres presentan peor salud general que los profesionales sanitarios varones y son las mujeres las que posiblemente consuman más fármacos que los varones.*

**Hipótesis 2.3.** *Los profesionales sanitarios de mediana edad adoptarán un estilo de afrontamiento evitativo y emocional.*

**Hipótesis 2.4.** *Es probable que las profesionales sanitarias mujeres adopten un estilo de afrontamiento basado en la evitación.*

**Hipótesis 2.5.** *Es probable que a medida que aumenta la edad se sea más conformista.*

**Hipótesis 2.6.** *Las mujeres sanitarias posiblemente adoptarán un estilo de personalidad de protección.*

**Objetivo 3 – Análisis de las diferencias en salud, estilos de afrontamiento y estilos de personalidad según tipo de actividad/atención sanitaria:** analizar las diferencias en variables de salud y personalidad (estilos de afrontamiento y estilos de personalidad) según actividad sanitaria de atención especializada (AE) y atención primaria (AP).

En cuanto al tercer objetivo, se analizarán las diferencias en dos grupos de profesionales sanitarios (AE/AP) según su perfil de personalidad, siendo predecible que los/as sanitarios/as de AE manifiesten peor salud general y peor satisfacción personal y vital que los/as sanitarios/as de AP.

**Hipótesis 3.1.** *Personal sanitario de AE obtendrá peores puntuaciones en Salud General y peores puntuaciones en Salud Física (dolencias) que el personal sanitario de AP.*

**Hipótesis 3.2.** *Personal sanitario de AE obtendrá peores puntuaciones en Satisfacción Personal y Satisfacción con la vida que el personal sanitario de AP.*

**Hipótesis 3.3.** *Los profesionales sanitarios varones tendrán mejores puntuaciones en Satisfacción Personal y Satisfacción con la vida que las profesionales sanitarias mujeres.*

**Hipótesis 3.4.** *Los/as profesionales de AE utilizarán modos de afrontamiento enfocados en el problema frente a los profesionales de AP.*

**Hipótesis 3.5.** *Personal sanitario de AE obtendrá peores puntuaciones en Expansión y Extraversión que el personal sanitario de AP.*

### 5.3 – DISEÑO

Se presenta una investigación no experimental y de corte transversal, descriptiva y comparativa.

En Ciencias de la Salud este tipo de investigación es muy frecuente su uso, ya que resulta un modo eficaz de obtener datos en un área de estudio específico. Este diseño permite describir el estado de las variables en un momento determinado, y de esta forma, descubrir relaciones entre las variables en un periodo relativamente corto. Además, es un diseño adecuado para proponer medidas de intervención y ser la base de posteriores investigaciones experimentales (Álvarez, 2007).



El conjunto de variables evaluadas se clasifican en cinco categorías. En la tabla 5.1 aparecen dichas categorías, las variables utilizadas y los instrumentos de evaluación aplicados, donde se desarrollarán de manera más detallada en el siguiente punto.

Tabla 5.1: Categorías, variables e instrumentos utilizados en la investigación

Categorías	Variables	Instrumentos de evaluación
Sociodemográficas	Sexo, edad, estado civil, categoría laboral, actividad sanitaria, tipo de contrato, horario de trabajo, tiempo trabajado, ingresos, número de hijos/as	.Cuestionario de datos personales y demográficos (elaboración propia)
Salud física y psicológica	Consumo de sustancias (alcohol, cigarrillos, fármacos y psicofármacos), dolencias físicas, visitas al médico, enfermedad crónica, valoración de la salud física, valoración de la salud percibida, valoración de la satisfacción personal y vital	.Cuestionario del Estado de Salud (Encuesta Nacional de Salud, 2006) .Cuestionario de Dolencias Físicas (Sánchez-López, Cardenal-Hernández y Sánchez-Herrero, 2001). .Cuestionario de Salud Autopercebida .Cuestionario de Salud General percibida SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992). .Cuestionario de Satisfacción Personal (Sánchez-López, Aparicio-García y Dresch, 2006). .Cuestionario de Satisfacción Vital (Diener et al., 1985)
Afrontamiento	Autodistracción Afrontamiento activo Negación Consumo sustancias Apoyo emocional Renuncia Descarga emocional Reinterpretación positiva Planificación Humor Aceptación Religión	.Cuestionario de afrontamiento Brief-Cope (Carver, 1997).
Personalidad	Expansión/Preservación Modificación/Adecuación Individualidad/Protección Extraversión/Introversión Sensación/Intuición Pensamiento/Sentimiento Sistematización/Innovación Retraimiento/Sociabilidad Indecisión/Decisión Discrepancia/Conformismo Sumisión/Dominio Descontento/Aquiescencia	.Inventario de Estilos de Personalidad de Millon-MIPS (Millon, 1994a; Millon, 2001).

Indicadores de Rol de Género	Número de horas semanales dedicadas a las tareas del hogar, Número de horas semanales dedicadas al cuidado y educación de los hijos/as, Grado de Implicación del cónyuge en las tareas del hogar y Grado de Implicación del cónyuge en la educación y cuidado de los hijos.	.Cuestionario de datos familiares Encuesta Nacional de Salud (INE, 2006)
------------------------------	---	--

## 5.4 – PARTICIPANTES

En la investigación participaron 211 profesionales de la salud (médicos/as, enfermeros/as, auxiliares de enfermería y fisioterapeutas), de los cuales 43 son hombres (20.4%) y 168 son mujeres (79.6%), de 20 a 62 años, con una media de edad de 40.57 años (D.T. = 10.02). La distribución de la muestra según estado civil es la siguiente: solteros/as (42%), casado/pareja de hecho (50%), divorciados/as (7%) y viudo/a (1%). La muestra original estaba compuesta por 285 participantes, de los cuales 74 no han sido considerados en los análisis de datos por no haber completado en su totalidad los cuestionarios utilizados.

Aproximadamente la mitad de la muestra trabajaba en Atención Especializada (52.6%) mientras que el resto trabajaba en Atención Primaria (47.7%). Los participantes pertenecen a diferentes Centros de Salud de Atención Primaria y Hospitales públicos de la Comunidad Autónoma de Madrid, diferenciando por ello dos grupos tal y como se ha indicado anteriormente: Atención Especializada (AE) y Atención Primaria (AP).

A continuación se describen las características demográficas de los profesionales sanitarios evaluados. En las tablas 5.2, 5.3 y 5.4 aparece la composición de los participantes según sexo, edad y estado civil.

Tabla 5.2: Distribución de la muestra según sexo

Sexo	n	%
Varones	43	20.4%
Mujeres	168	79.6%

Nota: n = número de casos

Tabla 5.3: Distribución de la muestra según edad

Edad	n	%
20 - 40 años	109	51.7%
41 - 62 años	102	48.3%

Nota: n = número de casos

Tabla 5.4: Distribución de la muestra según estado civil

Estado civil	n	%
Solteros	88	41.7%
Casados/pareja	105	49.8%
Separados	16	7.6%
Viudos	2	0.9%

Nota: n = número de casos

En las tablas 5.5, 5.6 y 5.7 se muestra la composición de los participantes según categoría laboral, actividad sanitaria y tipo de contrato.

Tabla 5.5: Distribución de la muestra según tipo de categoría laboral

Categoría laboral	n	%
Médicos	56	26.5%
Enfermeras	115	54.5%
Auxiliares enfermería	31	14.7%
Fisioterapeutas	9	4.3%

Nota: n = número de casos

Tabla 5.6: Distribución de la muestra según tipo de actividad sanitaria

Área de estudio	n	%
Atención Especializada	111	52.6%
Atención Primaria	100	47.4%

Nota: n = número de casos

Tabla 5.7: Distribución de la muestra según tipo de contrato

Tipo de contrato	n	%
Temporal	77	36.5%
Fijo	134	63.5%

Nota: n = número de casos

En las tablas 5.8 y 5.9 aparece la composición de los participantes según horario laboral y tiempo trabajado.

Tabla 5.8: Distribución de la muestra según horario de trabajo

Horario trabajo	n	%
Mañana	85	40.3%
Tarde	37	17.5%
Mañana y tarde	31	14.7%
A turnos	58	27.5%

Nota: n = número de casos

Tabla 5.9: Distribución de la muestra según tiempo trabajado

Tiempo trabajado	n	%
De 1 a 6 meses	10	4.8%
de 7 a 12 meses	4	1.9%
de 1 a 5 años	29	13.8%
de 6 a 10 años	29	13.8%
de 11 a 15 años	27	12.8%
de 16 a 20 años	38	18.1%
de 21 a 30 años	45	21.4%
de 31 a 40 años	26	12.4%
Más de 41 años	2	1%

Nota: n = número de casos

## 5.5 – VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Las variables evaluadas se han agrupado en variables de salud (salud física y psicológica) y variables de la persona (estilos de afrontamiento y estilos de personalidad), descritas a continuación. Además, se recogieron datos demográficos de los participantes. Se garantizó el anonimato de los profesionales sanitarios quienes no proporcionaron su nombre y apellidos.

### **5.5.1 – Variables sociodemográficas**

Se diseñó un cuestionario AD-HOC en el que se incluían preguntas sobre sexo, edad, estado civil, profesión, horario de trabajo, salario laboral, tipo de contrato, tiempo que lleva trabajando y unidad donde trabaja. También se obtuvo información sobre el número de hijos, edades de los hijos, número de horas semanales dedicadas a las tareas del hogar, grado de implicación del cónyuge en las tareas del hogar, número de horas semanales dedicadas al cuidado y educación de los hijos y grado de implicación del cónyuge en la educación y cuidado de los mismos, (ver anexo II).

### **5.5.2 – Variables de salud**

Para operativizar el bienestar físico hemos utilizado tres indicadores: consumo de sustancias, dolencias físicas y salud física autopercibida (ver anexo II). En lo que se refiere al bienestar psicológico hemos utilizado tres medidas: la calidad de vida relacionada con la salud, el cuestionario de satisfacción personal y la escala de satisfacción vital; basándonos en estudios previos que demuestran que altos niveles de salud mental, se relacionan con mayor nivel de optimismo (Grau et al., 2005) y altos niveles de satisfacción personal (Díaz-Morales & Sánchez-López, 2002) pueden ser considerados como indicadores de salud física (ver anexo II).

### **5.5.2.1 – Cuestionarios de salud física**

La salud física se ha medido utilizando tres índices: consumo de sustancias, las dolencias físicas y salud autopercebida.

#### **5.5.2.1.1 – Variables de Consumo de Sustancias**

Para recabar la información sobre el consumo de sustancias, se preguntó sobre la ingesta de alcohol (no se refiere a la posibilidad de beber en las comidas, sino al consumo de alcohol fuera de las mismas). La escala de respuesta es la siguiente: 0: nunca consume; 1: Esporádicamente; 2: Una vez por semana; 3: Fines de semana; 4: Tres/cuatro veces por semana y 5: una vez al día. En cuanto al consumo de tabaco, las respuestas van desde 1: No fuma o fuma esporádicamente; 2: Fuma de 1 a 5 cigarrillos; 3: De 6 a 10 cigarrillos; 4: De 11 a 20 cigarrillos hasta 5: más de 20 cigarrillos. Con respecto al consumo de fármacos y psicofármacos, las respuestas vienen definidas desde 0: nunca consume; 1: Esporádicamente (cada dos semanas); 2: Dos o tres veces por semana hasta 3: Todos los días. Esta medida suele usarse en las encuestas nacionales y autonómicas de salud y en estudios epidemiológicos (INE, 2009).

#### **5.5.2.1.2 – Cuestionario de Dolencias Físicas**

Este cuestionario consiste en una escala Likert de cuatro opciones de respuesta, sobre la presencia de 10 signos o síntomas (mareos, dolor de cabeza, dolor de espalda, dolor de piernas, otros dolores, náuseas, cansancio, problemas respiratorios, problemas

digestivos y otro tipo de problemas no especificados). La suma de cada puntuación dada por los participantes permite obtener una puntuación total que puede oscilar entre 10 y 40. El cuestionario de Dolencias Físicas, fue elaborado para investigaciones previas relacionadas con la temática de la presente Tesis Doctoral, habiéndose obtenido resultados satisfactorios (Sánchez-López, Cardenal-Hernández & Sánchez-Herrero, 2001).

#### **5.5.2.1.3 – Cuestionario de salud autopercebida**

Se pidió a cada uno de los participantes que evaluaran su nivel de salud física a través de una escala Likert de diez puntos (1, muy insatisfecho a 10, muy satisfecho). A pesar de la aparente simplicidad de la escala ha sido ampliamente utilizada con éxito en diferentes estudios y se ha demostrado que es un buen indicador global del estado de salud predominantemente física (Willians, Wasserman & Lotto, 2003; Willians, O'Brien & Colder, 2004).

#### **5.5.2.2 – Cuestionarios de salud psicológica**

La salud psicológica se ha medido utilizando tres instrumentos de medida: el cuestionario de Salud SF-36, el cuestionario de satisfacción personal y el cuestionario de satisfacción con la vida, basándonos en estudios previos que demuestran que altos niveles de salud percibida (López-García, Banegas, Graciani Pérez-Regadera, Gutierrez-Fisac, Alonso & Rodriguez Artalejo, 2003; Burgos Díez et al., 2012) y altos niveles de satisfacción personal (p.ej., Díaz Morales & Sánchez-López, 2002; Keyes & Magyar-Moe, 2003) pueden ser considerados como indicadores de salud psicológica.

#### 5.5.2.2.1 – Cuestionario de Salud SF-36 (Health Survey SF-36)

Para medir la salud general percibida, se utilizó el *Cuestionario de Salud SF-36*, que fue diseñado por Ware y Sherbourne (1992); y McHorney, Ware & Raczek (1993) y es considerado como un instrumento de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). Para la población de estudio, el instrumento de medida utilizado ha sido traducido, adaptado y validado en población española (Alonso et al., 1995). Además el cuestionario SF-36 se ha traducido en más de 50 países como parte del *International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project* (Aaronson et al., 1992; Ware & Gandek, 1994 y Ware et al., 1998). Este proyecto incluye investigadores de 15 países, incluyendo España. Las adaptaciones validadas y publicadas por el proyecto IQOLA incluyen el castellano (Alonso et al., 1995), el francés (Perneger Leplège, Etter & Rougemont, 1995), el alemán (Bullinger, 1995), el sueco (Sullivan, Karlsson & Ware, 1995) y el italiano (Apolone, Mosconi, & Ware, 1997), así como diferentes variaciones del inglés para su uso en Canadá, Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda (McCallun 1995). Una década después de su creación se realizó una revisión crítica del contenido, propiedades métricas y nuevos desarrollos de la versión castellana del SF-36 (Villagut et al., 2005). De manera que su reproducibilidad fue similar a la del instrumento original (Ware, Snow, Kosinski & Gandek, 1993; Alonso et al., 1995; Alonso, Regidor, Barrio, Prieto, Rodríguez & de la Fuente, 1998).

Es un instrumento genérico de medición de CVRS, que contiene 36 ítems que cubren ocho dimensiones del estado de salud y proporcionan un perfil del mismo. Es aplicable tanto a pacientes como a población en general. Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala con un rango de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud). Además, el cuestionario permite el cálculo de



dos puntuaciones resumen, física y mental, mediante la suma ponderada de las puntuaciones de las ocho dimensiones principales. Cuatro escalas (Función Física, Rol Físico, Dolor de Cuerpo y Salud General) se correlacionan más fuertemente con el componente *Physical Component Summary (PCS)*. El componente mental, *Mental Component Summary (MCS)* se correlaciona más fuertemente con Salud Mental, Rol Emocional, Función Social y Vitalidad (Ware & Gandek, 1994). El SF-36 está dirigido a personas mayores de 14 o más años de edad y preferentemente debe ser auto-administrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal o telefónica (Villagut et al., 2005). Por tanto, el SF-36 consta de 36 ítems y cubre 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. El contenido de las ocho escalas se resume de la siguiente manera:

**Función Física (FF):** mide el grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar cargas y la realización de esfuerzos moderados e intensos.

**Rol Físico (RF):** valora el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.

**Dolor Corporal (DC):** valora la intensidad de dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en ésta.

**Salud General (SG):** proporciona una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.

**Vitalidad (VIT):** cuantifica el sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio o agotamiento.

**Función Social (FS):** mide el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.

**Rol Emocional (RE):** valora el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.

**Salud Mental (SM):** mide la salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional.

#### 5.5.2.2.2 – Cuestionario de Satisfacción Personal

Este instrumento evalúa el grado de bienestar y satisfacción personal autopercibida en una escala tipo Likert de diez puntos desde 1 (muy insatisfecho) a 10 (muy satisfecho). La persona procede a contestar el grado de satisfacción familiar, laboral y global.

Existe acuerdo generalizado sobre la validez de las medidas de percepción de la felicidad, bienestar o satisfacción (Argyle, 2001), además de la utilización de medidas de un único ítem para evaluar estos conceptos (Cummins, 2000; Sánchez-López et al., 2006). La fiabilidad y validez de esta medida de la satisfacción ha sido contrastada en trabajos previos, demostrando su adecuación y eficacia (Díaz-Morales & Sánchez-López, 2002; Sánchez-López et al., 2006).

#### 5.5.2.2.3 – Escala de Satisfacción con la vida

Es una escala de satisfacción vital autopercebida compuesta por 5 ítems, basada en la escala *SWLS*; *Satisfaction With Life Scale*, diseñada por (Diener et al., 1985). El profesional sanitario debe indicar el grado de acuerdo con cada afirmación usando una escala con un formato tipo Likert de 7 puntos, las respuestas vienen definidas desde 1: muy en desacuerdo; 2: bastante en desacuerdo; 3: algo en desacuerdo; 4: ni de acuerdo ni en desacuerdo; 5: algo de acuerdo; 6: bastante de acuerdo hasta 7: muy de acuerdo. Las puntuaciones pueden oscilar entre 5 y 35 puntos, indicando una mayor satisfacción vital las puntuaciones más altas. En el estudio original, realizado en población universitaria, el instrumento alcanzó una buena consistencia interna ( $\alpha = 0.87$ ). En otros estudios (Martínez, Buelga & Cava, 2007), con población adolescente se mostró un adecuado índice de fiabilidad ( $\alpha = 0.74$ ), al igual que en población de estudiantes universitarios chilenos, que mostró un índice de fiabilidad  $\alpha$  Cronbach = 0.87 (Castro, Delgado, Ramírez, Rovira, Ojeda & Salazar, 2012).

#### 5.5.3 – Variables de la persona

A continuación se describen los instrumentos de medida utilizados para la evaluación de la personalidad: Estilos de afrontamiento y estilos de personalidad. Para esta Tesis Doctoral se han utilizado el *Cuestionario Brief-Cope* (Carver, 1997) y el *Inventario de Estilos de Personalidad de Millon* - MIPS (Millon 1994a, 2004a) adaptación española del MIPS (Sánchez-López, Díaz-Morales & Aparicio, 2001).

### 5.5.3.1 – Cuestionario de afrontamiento (Brief-Cope)

El afrontamiento, es un conjunto de procesos cognitivos y/o conductuales, que la persona utiliza ante diferentes situaciones con el objetivo de manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales. El instrumento utilizado para medir las estrategias de afrontamiento ha sido el Cuestionario *Brief-Cope* (Carver, 1997), versión situacional abreviada en español el cual responde teóricamente al modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986) y al modelo de autorregulación de Carver et al., (1989). La estructura factorial del cuestionario es consistente a su versión original completa (Carver et al., 1989). La versión abreviada consta de 28 ítems que se agrupan por pares en 14 estrategias, reunidas en tres escalas según los resultados obtenidos en diferentes estudios que usaron el análisis factorial:

1. *Afrontamiento enfocado en el problema*: afrontamiento activo, búsqueda de apoyo instrumental, reinterpretación positiva, planificación, aceptación, renuncia y humor.
2. *Afrontamiento enfocado a la emoción*: apoyo emocional y descarga emocional.
3. *Afrontamiento evitativo*: autodistracción, religión, negación, consumo de sustancias; y una última escala autocrítica.

El afrontamiento es evaluado en relación a las estrategias que los participantes usan para responder a una situación en una escala Likert de cuatro puntos que va desde 0 hasta 4; siendo 0: No; 1: Poco; 3: A veces y 4: Mucho. El contenido de las catorce estrategias se resume de la siguiente manera:

**Autodistracción:** Desconectarse psicológicamente del objetivo con el que el estresor está interfiriendo, mediante ensoñaciones, sueño, leer, ir de compras, etc.

**Afrontamiento activo:** Consiste en llevar a cabo acciones, para eliminar o paliar el estresor.

**Negación:** Intentar rechazar la realidad del objeto estresor.

**Consumo de sustancias:** Tomar alcohol u otras sustancias para hacer frente al estresor.

**Apoyo emocional:** Buscar apoyo o simpatía de los demás.

**Renuncia:** Abandonar cualquier intención de alcanzar el objetivo con el que el estresor está interfiriendo, renunciar a cualquier esfuerzo.

**Descarga emocional:** Incremento de la atención hacia el propio malestar emocional, expresando esos sentimientos.

**Reinterpretación positiva:** Ver la situación desde una perspectiva más favorable.

**Planificación:** Pensar cómo se va a hacer frente al estresor y planificar los esfuerzos de afrontamiento activo.

**Humor:** Hacer bromas sobre el estresor.

**Aceptación:** Aceptar que el hecho ha ocurrido y es real.

**Religión:** Aumentar sus actividades religiosas frente al estresor.

En este estudio se utilizó la versión en español del cuestionario *Brief-Cope*. La longitud relativa y la redundancia del instrumento llevó al desarrollo del cuestionario *Brief-Cope* (Carver, 1997) que omite dos escalas de la COPE completa (supresión de actividades distractoras y refrenar el afrontamiento) ya que no fue confirmada su validez en los trabajos previos (Carver et al., 1993; Carver & Scheier, 1994) y añade una escala (autoculpa), presentando finalmente 14 subescalas, con 2 ítems cada una.

Para ampliar la medida de afrontamiento en entornos multiculturales, se realizó la traducción del *Brief-Cope* al español, por personas bilingües del propio equipo de investigadores de la universidad de Miami, omitiendo dos escalas (apoyo instrumental y autoculpa), ya que no fueron relevantes para la muestra de estudio (Personas con cáncer

de mama y personas que habían sufrido el huracán Andrew), presentando finalmente 12 subescalas, con 2 ítems cada una. Además se examinaron cinco instrumentos más, como predictores tanto de variables psicosociales como personalidad y afrontamiento. Este instrumento traducido al español, presentó un coeficiente alfa Cronbach de 0.72, tanto en la versión española como en la versión inglesa (Perczek, Carver, Price & Pozo-Kaderman., 2000).

#### **5.5.3.2 – Inventario de Millon de Estilos de Personalidad (MIPS)**

El Inventario de Estilos de personalidad de Millon -MIPS- (Millon, 1994a, 2004a) ha sido diseñado para medir los estilos de personalidad en población adulta (mayor de 18 años) que funcionan normalmente.

El MIPS consta de 180 ítems respecto de los cuales la persona debe determinar si le son aplicables (formato de respuesta verdadero/falso). Consta de 24 escalas agrupadas en 12 pares, que a su vez se organizan en tres grandes áreas o dimensiones de la personalidad: Metas Motivacionales, Modos Cognitivos y Comportamientos Interpersonales. En la tabla 5.10 se presenta la definición de las escalas del MIPS y el respectivo constructo bipolar para cada una de ellas. Cada par incluye dos escalas yuxtapuestas. La bipolaridad presente en estos pares no es una bipolaridad en el sentido psicométrico del término, puesto que los polos opuestos de cada escala se miden separadamente; es decir, una puntuación baja en una escala no implica necesariamente una puntuación alta en su par opuesto (polaridad A-B).

Las Metas Motivacionales tienen que ver con los deseos y metas que incitan y guían a las personas con los propósitos y fines que los llevan a actuar de un modo determinado. Los Modos Cognitivos engloban tanto las fuentes utilizadas para adquirir conocimientos sobre la vida y el modo de transformar la información. Por último, las Conductas Interpersonales, se basan en los modos interpersonales de relacionarse con los demás, es decir, la preferencia de los individuos en interaccionar con los demás. Además de las 24 escalas, el MIPS dispone de tres índices de validez: *Impresión Positiva* (IP) destinada a identificar a las personas que intentan dar una impresión demasiado favorable; e *Impresión Negativa* (IN), orientada a identificar las personas cuyas respuestas tienden a ser asociadas a una visión negativa de sí misma, y cuenta con un índice de ajuste (IA), de control de sinceridad.

Tabla 5.10: Definición de las escalas del MIPS y su respectivo constructo bipolar

Escalas del MIPS	Constructo bipolar	Definición
<b>Metas Motivacionales</b>		
1A-Expansión	Placer	Optimistas en cuanto al futuro. Les resulta fácil pasarlo bien y aceptan los altibajos de la existencia
1B-Preservación	Dolor	Concentración en los problemas de la vida, agravándolos. Consideran su pasado desafortunado y piensan que irá peor.
2A-Modificación	Actividad	El futuro depende de ellos/as, por lo que intentan cambiar su entorno para conseguir sus deseos
2B- Adecuación	Pasividad	No intentan dirigir sus vidas. Se acomodan a las circunstancias creadas por otros/as. No tienen iniciativa.
3A-Individualidad	Hacia uno mismo	Orientados/as a sus propias necesidades, sin preocuparse de los demás. Independientes y egocéntricos/as.
3B-Protección	Hacia los demás	Motivados/as a satisfacer primero a los demás.
<b>Modos cognitivos</b>		
4A-Extraversión	Externa	Recurren a los/as demás para buscar estimulación, mantener alta su autoestima y para que les conforten.
4B-Introversión	Interna	Utilizan sus propios pensamientos y sentimientos como recurso. Su fuente de inspiración son ellos/as mismos/as.
5A-Sensación	Tangible	Derivan sus conocimientos de lo concreto. Confían en la experiencia directa y en lo observable.
5B-Intuición	Intangible	Prefieren lo simbólico y desconocido. Buscan lo abstracto y lo especulativo.
6A-Pensamiento	Intelecto	Procesan los conocimientos por medio de la lógica y lo analítico. Decisiones basadas en juicios objetivos.
6B-Sentimiento	Afecto	Forman sus juicios respecto a sus propias

7A-Sistematización	Asimilación	reacciones afectivas y guiándose por sus valores personales. Organizados/as. Transforman información nueva adecuándola a lo conocido. Perfeccionistas y eficiente.
7B-Innovación	Imaginación	Creativos/as, asumen riesgos. Disconformes con lo predecible. Buscan consecuencias imprevistas.
<b>Comportamiento Interpersonales</b>		
8A-Retraitamiento	Distanciamiento físico/emocional	Falta de emotividad e indiferencia social. Silenciosos/as, pasivos/as y renuentes a participar.
8B-Sociabilidad	Gregarismo	Buscan estimulación y atención. Simpáticos/as y brillantes y también exigentes y manipuladores/as.
9A- Indecisión	Inseguridad	Tímidos/as y nerviosos/as en situaciones sociales. Desean ser aceptados/as, pero temen el rechazo. Sensibles y emotivos/as. Propensos/as a aislarse.
9B-Decisión	Seguridad	Creen ser talentosos/as y competentes. Ambiciosos/as, egocéntricos/as y seguros de sí mismos.
10A-Discrepancia	Desacato	Actúan de modo independiente y no conformista. No acatan normas tradicionales.
10B-Conformismo	Obediencia	Honrados/as con autodomínio. Respetan la autoridad. Cooperativos/as. No espontáneos/as.
11A-Sumisión	Sumisión	Habitados/as al sufrimiento. Sumisos/as ante los demás.
11B- Dominio	Dominio	Enérgicos/as, dominantes y socialmente agresivos/as. Se ven como intrépidos/as y competitivos/as. Ambiciosos/as y obstinados/as.
12A- Descontento	Descontento	Pasivo/a, agresivos/as y malhumorados/as. Estados de ánimo y conductas variables.
12B-Aquiescencia	Afinidad	Simpáticos/as socialmente, establecen vínculos afectivos y lealtades muy fuertes. Ocultan sus sentimientos negativos.

Fuente: Adaptado de Millon (2001)

Las escalas consideradas por el autor como adaptativas para la población general son las siguientes: 1A-Expansión, 2A-Modificación, 3A-Individualidad, 4A-Extraversión, 5A-Sensación, 6A-Pensamiento, 7A-Sistematización, 8B-Sociabilidad, 9B-Decisión, 10B-Conformismo, 11B-Dominio y 12B-Aquiescencia. Por otro lado, las escalas consideradas desadaptativas son: 1B-Preservación, 2B-Adecuación, 3B-Protección, 4B-Introversión, 5B-Intuición, 6B-Sentimiento, 7B-Innovación, 8A-Retraitamiento, 9A-Indecisión, 10A-Discrepancia, 11A-Sumisión y 12A- Descontento.

La fiabilidad promedio para la muestra de adultos total, encontrada por Millon (1994a, 2004a) en población estadounidense fue 0.82, con resultados que oscilan entre 0.75 para las escalas Sensación e Intuición hasta 0.87 para las escalas Modificación e Indecisión. En la versión española del MIPS para población adulta, se encontró un promedio de 0.77 en la muestra total (Millon, 2001).



Se han encontrado índices de fiabilidad similares en países de habla hispana: 0.72 en España (Millon, 2001, adaptación española Sánchez-López, Díaz-Morales & Aparicio-García, 1998), 0.70 en Argentina (Sánchez-López & Aparicio-García, 1998), 0.70 en Brasil (Dresch et al., 2005) y 0.68 en México (Aparicio- García & Sánchez-López, 1998).

## **5.6 – PROCEDIMIENTO**

El proyecto de investigación se presentó a la Unidad de Investigación de la Gerencia de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid y se explicó a los profesionales sanitarios que iban a participar en un estudio sobre: “Cómo influyen en su salud las dimensiones de la personalidad y manera de afrontar las situaciones adversas en un ambiente sanitario”. En todo momento se garantizó el anonimato y la confidencialidad y además todos los profesionales de la salud participaron de modo voluntario en la investigación. Se les informó a los participantes que no intentaran contestar todos los cuestionarios el mismo día, que contestaran en momentos en los que estuvieran tranquilos. Tenían un plazo de 15 días para rellenarlos.

El proceso de recogida de datos finalizó en diciembre de 2012 con un total de 211 participantes. Se entregaron los cuestionarios desde el mes de mayo a julio de 2012 en los hospitales de Fuenlabrada, Alcorcón, Móstoles y Hospital Central de la Defensa de Madrid. Entre septiembre y diciembre se repartieron los cuestionarios en diferentes centros de salud de la Comunidad de Madrid. La muestra original era de 285 (de los cuales 62 no devolvieron los cuestionarios y 12 no habían completado los cuestionarios utilizados). Se les informó de los principales resultados en diciembre de 2013 a la dirección General de AP y a los profesionales más interesados.

Se trata de una investigación que utiliza el diseño comparativo, siendo la recogida de datos en un único momento temporal (diseño transversal) y en el que se utilizará una metodología descriptiva y correlacional. Por tanto se trata de un estudio que busca describir al personal sanitario (PS) con respecto a un grupo de variables, y analizar qué dimensiones de la personalidad son las que permiten una mejor adaptación a las situaciones adversas en un entorno sanitario.

## 5.7 – ANÁLISIS DE LOS DATOS

Este apartado se ha dividido según los objetivos de la investigación descritos en el comienzo de este capítulo. Para realizar todos los cálculos estadísticos se ha utilizado el programa estadístico SPSS versión 15.0.

En primer lugar, se han llevado a cabo los análisis de fiabilidad de los instrumentos de medida utilizados en esta investigación, para ello se ha calculado el coeficiente alfa Cronbach para los instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud (*SF-36*), estrategias de afrontamiento (*Brief-Cope*) y el inventario de personalidad (*MIPS*).

En segundo lugar, se realizó un análisis descriptivo de las variables de estudio, para ello se realizaron tablas de frecuencias, medidas de tendencia central y de variabilidad. Para las variables continuas se han calculado la media (M) y la desviación típica (DT) y para las variables discretas se han expresado en porcentajes. Para comparar porcentajes se ha utilizado Chi cuadrado. Se ha comprobado que las variables

no tenían sesgo extremo en la distribución. Se utilizó el Análisis de Varianza, *ANOVA*, para analizar los efectos de la edad y el sexo en salud física y psicológica, en estrategias de afrontamiento (*Brief-COPE*) y estilos de personalidad (*MIPS*).

En tercer lugar, para la variable indicadores de Roles de género se realizó un análisis descriptivo para a continuación realizar un *ANCOVA* considerando el tipo de actividad sanitaria y el sexo como factores, y la edad como covariable. Se utilizó el Análisis de Varianza, *ANOVA*, para analizar los efectos de la actividad sanitaria y el sexo en salud psicológica (*SF-36*, satisfacción personal y satisfacción con la vida, *SWLS*), en estrategias de afrontamiento (*Brief-COPE*) y estilos de personalidad (*MIPS*). En el próximo apartado, capítulo 6, se procederá a describir los resultados obtenidos de los análisis estadísticos que han sido enumerados en este epígrafe, para posteriormente discutirlos en el capítulo 7.



# **CAPÍTULO 6**

## **RESULTADOS**



## 6 – RESULTADOS

---

En este capítulo se presentan los resultados organizados según los tres objetivos de los que consta esta investigación. En la primera parte se exponen los resultados para alcanzar el objetivo 1 propuesto, que trata sobre el análisis de fiabilidad de los instrumentos utilizados.

En un segundo apartado y previo a los análisis específicos de este estudio, se muestran los resultados de las características sociodemográficas y de salud del personal sanitario (médicos/as, enfermeros/as, auxiliares de enfermería y fisioterapeutas) que componen la muestra de estudio, para posteriormente presentar las investigaciones realizadas para alcanzar el objetivo 2, que será analizar las diferencias en salud física y psicológica y personalidad según edad y sexo en la muestra de estudio. Este segundo objetivo se estudiará al contrastar las hipótesis 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5 y 2.6.

En el tercer apartado se analizarán las diferencias en salud física y psicológica y personalidad según el tipo de actividad sanitaria de atención especializada (AE) y atención primaria (AP), para alcanzar el objetivo 3. Para ello se contrastan las hipótesis 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 y 3.5.

## 6.1 – ANÁLISIS PSICOMÉTRICOS DE LOS INSTRUMENTOS

**Objetivo 1.** Analizar las propiedades psicométricas de los instrumentos.

Para comprobar si los instrumentos tienen la fiabilidad adecuada para su uso en los profesionales sanitarios participantes de atención especializada (AE) y atención primaria (AP) de la comunidad de Madrid, se ha realizado el análisis de fiabilidad de cada instrumento, calculando el coeficiente alfa de Cronbach. A continuación se presentan los análisis psicométricos realizados para los instrumentos que miden calidad de vida relacionada con la salud (*SF-36*), estrategias de afrontamiento (*Brief-COPE*) y estilos de personalidad (*MIPS*) para la muestra de estudio.

**Hipótesis 1.** *Los instrumentos utilizados tendrán una fiabilidad adecuada para ser usados en este estudio.*

### 6.1.1 – Estadísticos descriptivos y fiabilidad del cuestionario SF-36

Para comprobar si el cuestionario de salud *SF-36* reunía las propiedades psicométricas para su uso en una muestra de PS, se ha realizado el análisis de consistencia interna del instrumento, calculando el coeficiente de alfa Cronbach ( $\alpha$ ) así como la contribución de cada elemento al total de la escala (coeficientes de correlación ítem-escala corregidos), véase tabla 6.1 en Anexo III. Una pregunta es consistente con su escala, si la corrección entre el resultado de cada pregunta y el total de la escala a la que pertenece es mayor o igual a 0.4, estándar adoptado para propósitos de comparación. Sin embargo hay casos, que las escalas presentan gran número de preguntas, en que se deberá aceptar coeficientes de correlación de pregunta-escala menores que 0.40 (Ware & Gandek, 1998).



**Coefficientes de correlación ítem-escala corregido SF-36:**

La fiabilidad de la escala **Rol Físico** fue 0.83 (alpha de Cronbach). El rango de coeficientes de correlación ítem-escala corregidos osciló desde 0.61 (¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?) hasta 0.74 (¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas?).

La fiabilidad de la escala **Función Física** fue 0.77 (alpha de Cronbach). El rango de coeficientes de correlación ítem-escala corregidos osciló desde 0.60 (Bañarse o vestirse por sí mismo) hasta 0.67 (Subir varios pisos por la escalera).

La fiabilidad de la escala **Salud General** fue 0.77 (alpha de Cronbach). El rango de coeficientes de correlación ítem-escala corregidos osciló desde 0.44 (Creo que mi salud va a empeorar) hasta 0.70 (Mi salud es excelente).

La fiabilidad de la escala **Dolor de Cuerpo** fue 0.65 (alpha de Cronbach). El rango de coeficientes de correlación ítem-escala corregidos osciló desde 0.51 (¿Tuvo dolor en algunas partes del cuerpo durante las 4 últimas semanas?) hasta 0.51 (Durante las últimas 4 semanas, hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual).

La fiabilidad de la escala **Vitalidad** fue 0.78 (alpha de Cronbach). El rango de coeficientes de correlación ítem-escala corregidos osciló desde 0.45 (¿Se sintió cansado?) hasta 0.64 (¿Se sintió lleno de vitalidad?) .

La fiabilidad de la escala **Función Social** fue 0.80 (alpha de Cronbach). El rango de coeficientes de correlación ítem-escala corregidos osciló desde 0.67 (Durante las últimas 4 semanas, hasta qué punto su salud o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas) hasta 0.67 (Durante las últimas 4 semanas, con qué frecuencia la salud

física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales, como visitar a los amigos o familiares).

La fiabilidad de la escala **Rol Emoción** fue 0.78 (alpha de Cronbach). El rango de coeficientes de correlación ítem-escala corregidos osciló desde 0.55 (¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?) hasta 0.72 (¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?).

La fiabilidad de la escala **Salud Mental** fue 0.81 (alpha de Cronbach). El rango de coeficientes de correlación ítem-escala corregidos osciló desde 0.51 (¿Se sintió feliz?) hasta 0.76 (¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?).

En general, todas las escalas han obtenido una consistencia interna adecuada, con un alfa Cronbach mayor de  $\alpha = 0.70$ , excepto para la subescala de Dolor de Cuerpo (DC) que presentó un valor  $\alpha = 0.65$  (véase tabla 6.2).

Tabla 6.2: Coeficientes de fiabilidad, medias (M) y desviaciones típicas (DT) de las escalas del *SF-36*

	Alfa Cronbach	M/DT
1. Rol físico	0.83	86.96/27.2
2. Función física	0.77	94.12/ 9.9
3. Salud general	0.77	74.45/17.5
4. Dolor cuerpo	0.65	19.68/17.4
5. Vitalidad	0.78	67.18/16.4
6. Función social	0.80	12.02/17.5
7. Rol emocional	0.78	11.16/26.2
8. Salud mental	0.81	75.31/15.7

Nota: n = 211; M = Media; DT = Desviación Típica

Los índices de fiabilidad alfa en la muestra de personal sanitario, oscilan entre 0.65 (Dolor de cuerpo) y 0.83 (Rol físico). Si se comparan estos datos con los estudios encontrados por los autores que crearon el instrumento *SF-36*, informaron de alfas

Cronbach que variaban de 0.80 a 0.90 (Ware & Sherbourne, 1992; McHorney et al., 1993). En población general española el alfa de Cronbach varía entre 0.71 y 0.94, excepto para la escala de función social, que no superó el valor de 0.45 (Alonso et al., 1995). Los valores del coeficiente alfa de Cronbach se situaron entre 0.78 y 0.96 (Alonso et al., 1998), resultados muy similares a los americanos. Investigaciones posteriores en población española, mantuvieron resultados de alfa Cronbach mayores de 0.70 en un estudio de revisión bibliográfico (Villagut et al., 2005) y próximos a 0.90 para el *SF-36* (Villagut et al., 2008). Del mismo modo este instrumento ha mostrado resultados de alfa Cronbach mayores de 0.70 en muestra de personal sanitario (Kheiraoui et al., 2012). De manera que el uso de este instrumento en la población de estudio es adecuada, siguiendo las indicaciones para evaluar la consistencia interna de instrumentos de medida (Cronbach, 1951).

### **6.1.2 – Estadísticos descriptivos y fiabilidad del Brief-COPE**

El instrumento utilizado para medir las estrategias de afrontamiento de la muestra de estudio, se realizó con el cuestionario *Brief-COPE* (Carver, 1997), que es la versión abreviada del cuestionario COPE (Carver, Scheier & Weintraub, 1989) permitiendo así que el tiempo dedicado a la recogida de datos sea razonable y además esta versión ha sido utilizada con éxito en investigaciones relacionadas con la salud.

Las medidas de tendencia central y desviación obtenidas en la muestra de estudio del cuestionario *Brief-COPE* se presentan en la tabla 6.3. Se ha observado que las estrategias predominantes en esta muestra corresponden a: afrontamiento activo, apoyo emocional, planificación y aceptación. Luego le siguen en orden decreciente: reinterpretación positiva, autodistracción, descarga emocional, religión y humor. Por

último, las menos frecuentes corresponden a negación, renuncia y consumo de sustancias.

Tabla 6.3: Estadísticos descriptivos del *Brief-COPE*

Escalas	Mínimo	Máximo	Media	DT	Asimetría	Curtosis
1. Autodistracción	2	8	5.42	1.56	-0.44	-0.47
2. Afrontamiento activo	2	8	6.81	1.38	-1.36	1.92
3. Negación	2	8	3.40	1.62	0.89	-0.32
4. Consumo sustancias	2	8	2.31	0.90	3.07	9.02
5. Apoyo emocional	2	8	6.25	1.71	-0.79	-0.17
6. Renuncia	2	8	3.20	1.53	1.17	0.63
7. Descarga emocional	2	8	5.05	1.46	-0.19	-0.40
8. Reinterpretación positiva	2	8	5.67	1.46	-0.38	-0.09
9. Planificación	2	8	6.25	1.45	-0.88	0.56
10. Humor	2	8	3.56	1.35	0.53	-0.41
11. Aceptación	2	8	6.03	1.59	-0.60	-0.09
12. Religión	2	8	3.81	2.06	0.75	-0.80

Nota: n = 211

Para comprobar si el *Brief-COPE* reúne las propiedades psicométricas para su uso como medida de afrontamiento en la muestra de personal sanitario, se ha realizado el análisis de la consistencia interna del instrumento, calculando el coeficiente alfa Cronbach ( $\alpha$ ) así como la contribución de cada elemento al total de la escala (coeficientes de correlación ítem-escala corregidos), véase tabla 6.4 en Anexos III.

#### **Coeficientes de correlación ítem-escala corregido *Brief-COPE*:**

La fiabilidad de la escala **Autodistracción** fue 0.49 (alpha de Cronbach). El rango de coeficientes de correlación ítem-escala corregidos fue de 0.33 (Me enfoqué en el trabajo u otras actividades para distraer mi mente), (Hice algo para pensar menos en esto, como ir al cine, ver T.V., leer, soñar despierto, dormir, o ir de compras).

La fiabilidad de la escala **Afrontamiento activo** fue 0.67 (alpha de Cronbach). El rango de coeficientes de correlación ítem-escala corregidos fue de 0.50 (Me esforcé

por hacer algo para resolver la situación en la que estaba), (Generé acciones para poder mejorar la situación).

La fiabilidad de la escala **Negación** fue 0.66 (alpha de Cronbach). El rango de coeficientes de correlación ítem-escala corregidos fue de 0.50 (Me dije o pensé que esto no era real), (Me negué a creer que esto hubiera pasado).

La fiabilidad de la escala **Consumo de sustancias** fue 0.78 (alpha de Cronbach). El rango de coeficientes de correlación ítem-escala corregidos fue de 0.66 (Usé alcohol u otras drogas para sentirme mejor), (Usé alcohol u otras drogas para que me ayudaran a pasar por esto).

La fiabilidad de la escala **Apoyo emocional** fue 0.86 (alpha de Cronbach). El rango de coeficientes de correlación ítem-escala corregidos fue de 0.75 (Recibí apoyo emocional de otras personas), (Recibí apoyo y comprensión de alguien).

La fiabilidad de la escala **Renuncia** fue 0.64 (alpha de Cronbach). El rango de coeficientes de correlación ítem-escala corregidos fue de 0.47 (Me di por vencido al tratar de luchar con esto), (Dejé de hacerle frente a la situación en la que estaba).

La fiabilidad de la escala **Descarga emocional** fue 0.45 (alpha de Cronbach). El rango de coeficientes de correlación ítem-escala corregidos fue de 0.30 (Dije cosas para dejar escapar mis sentimientos desagradables), (Expresé mis pensamientos negativos).

La fiabilidad de la escala **Reinterpretación positiva** fue 0.66 (alpha de Cronbach). El rango de coeficientes de correlación ítem-escala corregidos fue de 0.50 (Traté de verlo con un enfoque distinto, para que pareciera más positivo), (Busqué algo bueno en lo que estaba pasando).

La fiabilidad de la escala **Planificación** fue 0.56 (alpha de Cronbach). El rango de coeficientes de correlación ítem-escala corregidos fue de 0.39 (Traté de crear una estrategia para saber que hacer), (Pensé mucho en cuales eran los pasos a seguir).

La fiabilidad de la escala **Humor** fue 0.45 (alpha de Cronbach). El rango de coeficientes de correlación ítem-escala corregidos fue de 0.31 (Hice bromas a cerca de esto), (Tomé la situación como una diversión).

La fiabilidad de la escala **Aceptación** fue 0.58 (alpha de Cronbach). El rango de coeficientes de correlación ítem-escala corregidos fue de 0.40 (Acepté que esto hubiera pasado), (Aprendí a vivir con esto).

La fiabilidad de la escala **Religión** fue 0.85 (alpha de Cronbach). El rango de coeficientes de correlación ítem-escala corregidos fue de 0.73 (Traté de encontrar apoyo en mi religión o mis creencias espirituales), (Recé o medité).

En general, todas las escalas han obtenido una consistencia interna adecuada, similar a la versión original, excepto para las subescalas de Descarga emocional y Humor que presentaron un valor  $\alpha = 0.45$  (véase tabla 6.5). El resto de las escalas muestran una fiabilidad interna estable, con coeficientes alfas de Cronbach entre 0.50 y 0.86.

Tabla 6.5: Coeficientes de fiabilidad de las escalas del *Brief-COPE*

	Alfa Cronbach
1. Autodistracción	0.49
2. Afrontamiento activo	0.67
3. Negación	0.66
4. Consumo sustancias	0.78
5. Apoyo emocional	0.86
6. Renuncia	0.64
7. Descarga emocional	0.45
8. Reinterpretación positiva	0.66
9. Planificación	0.56
10. Humor	0.45
11. Aceptación	0.58
12. Religión	0.85

Nota: n = 211

El instrumento original utilizado en personas que habían sido víctimas del huracán Andrew, obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach entre 0.50 y 0.90 para las diferentes escalas, excepto en las escalas de Desahogo emocional, Negación y Aceptación, que estaban por debajo de 0.60, (véase Carver, 1997). La investigación en la que se traduce, adapta y valida este instrumento a población de habla hispana, informó de un coeficiente alfa de Cronbach de 0.72 (Perczek, Carver, Price & Pozo-Kaderman, 2000). En este estudio de investigación se utilizó el *Brief-COPE* traducido al español, donde no se evalúan las escalas de apoyo instrumental y la de autoinculpa, ya que no fueron relevantes para la muestra de estudio (Perczek et al., 2000), presentando finalmente 12 subescalas, con 2 ítems cada una. De manera que el uso de este instrumento en la población de profesionales sanitarios (PS) es adecuada, siguiendo las indicaciones para evaluar la consistencia interna de instrumentos de medida (Cohen & Manion, 2002; Cronbach, 1951). Del mismo modo el *Brief-Cope* ha mostrado resultados de alfa Cronbach mayores de 0.70 en una muestra de enfermeras chinas de cuidados intensivos (Li & Lambert, 2008).

### **6.1.3 – Estadísticos descriptivos y fiabilidad del MIPS**

Se ha utilizado el Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS), para evaluar los estilos de personalidad en la muestra de PS, adaptación española (Millon, 2001), traducido y validado por Sánchez-López, Díaz-Morales y Aparicio-García (2001).

Las medidas de tendencia central y desviación obtenidas en la muestra de estudio del cuestionario *MIPS* se presentan en la tabla 6.6. Se ha observado que los estilos de personalidad predominantes en esta muestra corresponden a: Discrepancia,

Descontento, Innovación, Conformismo, Sumisión, Dominio, Sentimiento, Sociabilidad, Intuición, Individualidad, Pensamiento, Indecisión, Preservación, Modificación, Decisión y Retraimiento. Luego le siguen en orden decreciente: Sistematización, Protección, Introversión y Adecuación. Por último, los menos frecuentes corresponden a Extraversión, Sensación, Aquiescencia y Expansión.

Tabla 6.6: Estadísticos descriptivos obtenidos en las escalas del MIPS

Escalas	Mínimo	Máximo	Media	DT	Asimetría	Curtosis
<b>Metas Motivacionales</b>						
1A. Expansión	10	37	20.52	6.13	0.46	-0.47
1B. Preservación	25	71	53.30	9.05	-0.74	-0.02
2A. Modificación	36	79	52.59	8.46	0.38	-0.33
2B. Adecuación	21	61	42.76	8.11	-0.30	-0.29
3A. Individualidad	38	74	57.31	7.49	-0.16	-0.51
3B. Protección	33	64	46.77	7.02	0.48	-0.14
<b>Modos Cognitivos</b>						
4A. Extraversión	10	48	25.21	8.57	0.31	-0.46
4B. Introversión	26	56	46.50	7.13	-0.57	-0.25
5A. Sensación	14	35	21.58	5.75	0.56	-0.74
5B. Intuición	39	71	57.98	6.98	-0.57	-0.03
6A. Pensamiento	34	74	56.29	8.71	-0.13	-0.55
6B. Sentimiento	40	77	59.09	7.67	-0.04	-0.39
7A. Sistematización	31	75	49.60	10.09	0.37	-0.74
7B. Innovación	44	85	67.59	7.83	-0.43	0.02
<b>Conductas Interpersonales</b>						
8A. Retraimiento	19	67	51.03	9.32	-0.46	-0.10
8B. Sociabilidad	37	85	58.96	10.58	0.22	-0.39
9A. Indecisión	21	75	53.97	9.76	-0.61	0.04
9B. Decisión	29	76	51.12	10.75	0.10	-0.59
10A. Discrepancia	53	96	82.28	7.73	-0.70	0.58
10B. Conformismo	46	83	63.17	8.10	0.31	-0.48
11A. Sumisión	33	71	59.83	7.18	-0.93	0.91
11B. Dominio	40	76	59.34	7.24	-0.20	-0.16
12A. Descontento	45	87	71.40	8.83	-0.76	0.08
12B. Aquiescencia	2	42	20.86	8.09	0.35	-0.26

Nota: n = 211

Para comprobar si el *MIPS* reunía las propiedades psicométricas para su uso como medida de estilos de personalidad en una muestra de PS, se ha realizado el análisis de consistencia interna del instrumento, calculando el coeficiente de alfa Cronbach ( $\alpha$ ) así



como la contribución de cada elemento al total de la escala (coeficientes de correlación ítem-escala corregidos), véase tabla 6.7 en Anexos III. En este estudio, se puede comprobar que hay unas escalas en las que el coeficiente alfa de Cronbach está por debajo de 0.60 (escala 1A-Expansión  $\alpha = 0.37$ ; escala 3B-Protección  $\alpha = 0.48$ ; escala 4A-Extraversión  $\alpha = 0.35$  y escala 5A-Sensación  $\alpha = 0.31$ ); También, se han encontrado los índices de consistencia interna del MIPS más bajos en las escalas 5A-Sensación, 5B-Intuición, 10A-Discrepancia y 10B-Conformismo, en un grupo de mujeres chilenas (Rivas Díez, 2011).

Fachel y Camey (2000) recomiendan considerar que el límite inferior para que este coeficiente sea aceptable sea de 0.70, pero admiten que un coeficiente de 0.60 puede ser considerado válido para investigaciones exploratorias, como es el caso de este estudio. Según estos autores, algunos factores pueden afectar a la fiabilidad del test y que por tanto, deben ser verificados: el uso impreciso de las palabras; extensión exagerada del ítems; uso de palabras desconocidas o poco familiares; estructura defectuosa de la frase y uso de doble negación (Dresch et al., 2005). No obstante, se deben tomar con cautela estas escalas en profesionales sanitarios ya que obtienen coeficientes de consistencia interna más bajos (ver tabla 6.8).

Tabla 6.8: Coeficiente de fiabilidad de las escalas del MIPS

	<b>Alfa Cronbach</b>
1A. Expansión	<b>0.37</b>
1B. Preservación	0.61
2A. Modificación	0.60
2B. Adecuación	0.53
3A. Individualidad	0.54
3B. Protección	0.48
4A.Extraversión	<b>0.35</b>
4B. Introversión	0.57
5A. Sensación	<b>0.31</b>
5B. Intuición	0.53

6A. Pensamiento	0.66
6B. Sentimiento	0.56
7A. Sistematización	0.65
7B. Innovación	0.63
8A. Retraimiento	0.60
8B. Sociabilidad	0.66
9A. Indecisión	0.58
9B. Decisión	0.62
10A. Discrepancia	0.64
10B. Conformismo	0.68
11A. Sumisión	0.60
11B. Dominio	0.60
12A. Descontento	0.68
12B. Aquiescencia	0.56

Nota: n = 211

La fiabilidad del instrumento en población estadounidense, para la que fue diseñado, fue de 0.77 (Millon, 1994). Se han encontrado índices de fiabilidad similares en países de habla hispana: 0.72 en España (Millon, 2001, adaptación española (Sánchez-López, Díaz-Morales & Aparicio García), 0.70 en Argentina (Sánchez-López & Aparicio-García, 1998), 0.70 en Brasil (Dresch, Sánchez-López & Aparicio, 2005) y en México 0.60 (Aparicio-García & Sánchez-López, 1998). Las ligeras diferencias en la fiabilidad promedio entre España y EE.UU son esperables dado que se trata de la adaptación de un instrumento creado para la población norteamericana y adaptado a la española.

Estas pruebas de evaluación psicológica, que se han utilizado en esta investigación (*SF-36*, *Brief-COPE* y *MIPS*) ya han sido validadas en estudios previos (Alonso et al., 1995; Percek et al., 2000; Sánchez-López & Aparicio-García, 1998). No obstante, el objetivo de este apartado incluye el análisis de las propiedades psicométricas de estos instrumentos en la muestra participante en este estudio, de modo que podemos replicar las excelentes propiedades psicométricas anteriormente obtenidas. Teniendo precaución con las escalas del MIPS (1A-Expansión, 3B-Protección, 4A-Extraversión y 5A-Sensación) ya que el coeficiente alfa de Cronbach está por debajo de 0.60.

## 6.2 – ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS EN SALUD Y PERSONALIDAD SEGÚN EDAD Y SEXO

Una vez comprobado que los instrumentos utilizados reúnen las propiedades psicométricas adecuadas para su uso como medida de las variables (objetivo 1), se procede en primer lugar a describir los estadísticos descriptivos de salud física (consumo de sustancias y dolencias). En segundo lugar, se realizará un análisis de varianza (*ANOVA*) considerando la edad y el sexo como factores, la salud física (consumo de sustancias y dolencias físicas), la salud percibida (SF-36), la satisfacción (personal y vital), los indicadores de rol de género, y la personalidad como variables dependientes. Esta estructura se seguirá para las distintas variables mencionadas.

**Objetivo 2.** Analizar las diferencias en variables de salud y personalidad según edad y sexo.

En función de la complejidad del objetivo número dos, se han planteado las siguientes hipótesis. Las dos primeras hipótesis referidas a la salud (2.1 y 2.2) y las cuatro siguientes referidas a la personalidad (2.3, 2.4, 2.5 y 2.6).

**Hipótesis 2. Contrastar las hipótesis 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5 y 2.6.**

**Hipótesis 2.1.** *Los profesionales sanitarios jóvenes presentan mejor salud general que los de mediana edad.*

**Hipótesis 2.2.** *Las profesionales sanitarias mujeres presentan peor salud general que los profesionales sanitarios varones y son las mujeres las que posiblemente consuman más fármacos que los varones.*

**Hipótesis 2.3.** *Los profesionales sanitarios de mediana edad adoptarán un estilo de afrontamiento evitativo y emocional.*

**Hipótesis 2.4.** *Es probable que las profesionales sanitarias mujeres adopten un estilo de afrontamiento basado en la evitación más que los hombres.*

**Hipótesis 2.5.** *Es probable que a medida que aumenta la edad se sea más conformista.*

**Hipótesis 2.6.** *Las mujeres sanitarias adoptarán un estilo de personalidad de protección más que los varones sanitarios.*

### **6.2.1 – Diferencias en salud física según edad y sexo**

Previo a analizar las diferencias en salud física según edad y sexo, se realizaron análisis descriptivos para la variable de salud física (consumo de sustancias y dolencias). Posteriormente se realizará un análisis de varianza (*ANOVA*) considerando la edad y el sexo como factores de agrupación y la salud física (consumo de sustancias y dolencias físicas) como variables dependientes.

#### **6.2.1.1 – Diferencias en salud física (Consumo de sustancias y Dolencias) según edad**

En este punto se realizarán los análisis descriptivos para la variable de salud física (consumo de sustancias y dolencias físicas), para posteriormente analizar las diferencias de consumo de sustancias según edad.

##### **6.2.1.1.1 – Consumo de sustancias**

Se examinó la forma de la distribución de las variables, se comprobó que no presentaran sesgo extremo, por lo que se presentan los datos en tablas con los descriptivos de consumo de sustancias (consumo de alcohol, consumo de tabaco,

consumo de fármacos y consumo de psicofármacos) y la diferencia de porcentajes con el estadístico  $\chi^2$ . Además se analizaron las diferencias de consumo entre jóvenes y de mediana edad. La tabla 6.9 muestra las medias y desviaciones típicas para consumo de sustancias.

Tabla 6.9: Estadísticos descriptivos de consumo de sustancias

	Mínimo	Máximo	Media	DT	Asimetría	Curtosis
Alcohol	0.00	5.00	1.14	1.07	1.31	1.52
Cigarrillos	1.00	5.00	1.44	0.97	2.17	3.52
Fármacos	0.00	3.00	1.08	1.09	0.75	-0.72
Psicofármacos	0.00	3.00	0.30	0.74	2.64	6.32

La salud física para este estudio fue evaluada por el cuestionario (*Consumo de sustancias*), en una escala de 0 a 5, donde 0 es nunca y 5 una vez al día, para consumo de alcohol. Para el consumo de cigarrillos la escala era de 1 a 5, donde 1 es no fuma y 5 fuma más de 20 cigarrillos. Para el consumo de fármacos la escala era de 0 a 3, donde 0 es nunca y 3 todos los días y para el consumo de psicofármacos la escala va de 0 a 3, donde 0 es nunca y 3 es todos los días.

Con respecto al **consumo de alcohol**, se dividió la muestra entre los que no consumían (los que contestaron nunca habían consumido alcohol) que fueron un 25.6% y los que consumían (el resto de la muestra) que fueron el 74.4%. La tabla 6.10, muestra el porcentaje de consumo de alcohol según la edad. No se encontraron diferencias en el consumo de alcohol entre jóvenes y mediana edad ( $\chi^2 = 2.39$ ; gl = 1;  $p = 0.83$ ).

Tabla 6.10: Porcentajes de consumo de alcohol según edad.

	Jóvenes		Mediana edad		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No consume	23	21.1%	31	30.4%	54	25.6%
Consume	86	78.9%	71	69.6%	157	74.4%
Total	109	100%	102	100%	211	100%

Con respecto al **consumo de tabaco**, se dividió la muestra entre los que no consumían (aquellos que contestaron que nunca o esporádicamente) que fueron un 79.1% y los que consumían (el resto de la muestra) que fueron el 20.9%, como se observa en la tabla 6.11. No se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de consumo de tabaco entre jóvenes y mediana edad de la muestra ( $\chi^2 = 0.59$ ; gl = 1;  $p = 0.27$ ).

Tabla 6.11: Porcentaje de consumo de tabaco según edad.

	Jóvenes		Mediana edad		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No consume	84	77.1%	83	81.1%	167	79.1%
Consume	25	22.9%	19	18.6%	44	20.9%
Total	109	100%	102	100%	211	100%

Con respecto al **consumo de fármacos**, se dividió la muestra entre los que no consumían (los que contestaron nunca habían consumido fármacos en los últimos 6 meses) que fueron un 36.0% y los que consumían (el resto de la muestra) que fueron el 64.0%, como se observa en la tabla 6.12. No existieron diferencias significativas en el porcentaje de consumo de fármacos entre jóvenes y mediana edad de la muestra ( $\chi^2 = 2.71$ ; gl = 1;  $p = 0.66$ ).

Tabla 6.12: Porcentajes de consumo de fármacos según edad.

	Jóvenes		Media edad		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No consume	45	41.3%	31	30.4%	76	36.0%
Consume	64	58.7%	71	69.6%	135	64.0%
Total	109	100%	102	100%	211	100%

Con respecto al **consumo de psicofármacos**, se dividió la muestra entre los que no consumían (los que contestaron nunca habían consumido psicofármacos en los últimos 6 meses) que fueron un 81.0% y los que consumían (el resto de la muestra) que fueron el 19.0%, véase tabla 6.13. No se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de consumo de fármacos entre jóvenes y mediana edad ( $\chi^2 = 2.69$ ; gl = 1;  $p = 0.72$ ).

Tabla 6.13: Frecuencias y porcentajes de consumo de psicofármacos según edad.

	Jóvenes		Media edad		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No consume	93	85.3%	78	76.5%	171	81.0%
Consume	16	14.7%	24	23.5%	40	19.0%
Total	109	100%	102	100%	211	100%

#### 6.2.1.1.2 – Dolencias

Respecto a la variable dolencias físicas, se sumaron las puntuaciones en cada una de las 10 dolencias (mareos, dolor de cabeza, dolor de espalda, dolores de piernas, otros dolores, náuseas, cansancio, problemas respiratorios, problemas digestivos y otro tipo de problemas no especificado) para generar una puntuación total de dolencias. A

continuación se calculó un *ANOVA* para estudiar la relación en edad y sexo como factores, considerando la salud física (Dolencias físicas) como variable dependiente.

El efecto de la edad no fue significativo respecto a las dolencias. El efecto de la interacción entre edad  $\times$  sexo en dolencias físicas, tampoco fue significativo. El *ANOVA* indicó diferencias según sexo en **dolencias físicas**,  $F(1,206) = 8.35$ ,  $p < 0.01$ ,  $\eta^2_p = 0.039$ . Los resultados indicaron que eran las mujeres ( $M = 1.94$ ,  $DT = 0.96$ ) las que presentaron mayor puntuación en dolencias físicas que los sanitarios varones ( $M = 1.47$ ,  $DT = 0.92$ ). La tabla 6.14, muestra las medias y desviaciones típicas para dolencias físicas según edad y sexo.

Tabla 6.14: Medias y desviaciones típicas para dolencias, según edad y sexo

	Varón			Mujer			Total		
	M	DT	N	M	DT	N	M	DT	N
Jóvenes	1.37	0.96	24	1.84	1.04	85	1.74	1.04	109
Mediana edad	1.61	0.89	19	2.05	0.85	83	1.96	0.87	102
Total	1.47	0.92	43	1.94	0.96	168	1.84	0.97	211

### 6.2.1.2 – Diferencias en salud física (Consumo de sustancias) según sexo

Una vez realizados los análisis descriptivos para la variable de salud física (consumo de sustancias y dolencias físicas), se procederá a analizar las diferencias de consumo de sustancias según el sexo.



### 6.2.1.2.1 – Consumo de sustancias

En el apartado anterior (6.2.1.1.1) se presentaron los datos en tablas con los descriptivos de consumo de sustancias (consumo de alcohol, consumo de tabaco, consumo de fármacos y consumo de psicofármacos) y la diferencia de porcentajes con el estadístico  $\chi^2$  entre jóvenes y mediana edad. A continuación se analizarán las diferencias de consumo de sustancias entre varones y mujeres.

Con respecto al **consumo de alcohol**, se dividió la muestra entre los que no consumían (los que contestaron nunca habían consumido alcohol) que fueron un 25.6% y los que consumían (el resto de la muestra) que fueron el 74.4%, como se indica en la tabla 6.15. En cuanto al sexo, no hubo diferencias en el consumo de alcohol entre hombres y mujeres ( $\chi^2 = 0.15$ ; gl = 1;  $p = 0.43$ ).

Tabla 6.15: Porcentajes de consumo de alcohol según sexo.

	Varones		Mujeres		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No consume	10	23.3%	44	26.2%	54	25.6%
Consume	33	76.7%	124	73.8%	157	74.4%
Total	43	100%	168	100%	211	100%

Con respecto al **consumo de tabaco**, se dividió la muestra entre los que no consumían (aquellos que contestaron que nunca o esporádicamente) que fueron un 79.1% y los que consumían (el resto de la muestra) que fueron el 20.9%, como se observa en la tabla 6.16. No existieron diferencias significativas en el porcentaje de consumo de tabaco entre varones y mujeres de la muestra ( $\chi^2 = 0.685$ ; gl = 1;  $p = 0.274$ ).

Tabla 6.16: Porcentaje de consumo de tabaco según sexo.

	Varones		Mujeres		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No consume	36	83.7%	131	78.0%	167	79.1%
Consume	7	16.3%	37	22.0%	44	20.9%
Total	43	100%	168	100%	211	100%

Con respecto al **consumo de fármacos**, se dividió la muestra entre los que no consumían (los que contestaron nunca habían consumido fármacos en los últimos 6 meses) que fueron un 36.0% y los que consumían (el resto de la muestra) que fueron el 64.0%. En cuanto al sexo, fueron las mujeres las que consumían fármacos en mayor porcentaje (67.3%) que los hombres (51.2%). Debido a que las mujeres presentaron una mayor tendencia a consumir fármacos, como se detalla en la tabla 6.17, se calcularon las diferencias en porcentajes de consumo entre varones y mujeres. Existieron diferencias significativas en el porcentaje de consumo de fármacos entre varones y mujeres de la muestra ( $\chi^2 = 3.850$ ;  $gl = 1$ ;  $p = 0.038$ ).

Tabla 6.17: Porcentajes de consumo de fármacos según sexo.

	Varones		Mujeres		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No consume	21	48.8%	55	32.7%	76	36.0%
Consume	22	51.2%	113	67.3%	135	64.0%
Total	43	100%	168	100%	211	100%

Con respecto al **consumo de psicofármacos**, se dividió la muestra entre los que no consumían (los que contestaron nunca habían consumido psicofármacos en los últimos 6 meses) que fueron un 81.0% y los que consumían (el resto de la muestra) que fueron el 19.0%, como se indica en la tabla 6.18. En cuanto al sexo, no existieron

diferencias significativas en el porcentaje de consumo de psicofármacos entre varones y mujeres de la muestra ( $\chi^2 = 0.004$ ; gl = 1;  $p = 0.571$ ).

Tabla 6.18: Frecuencias y porcentajes de consumo de psicofármacos según sexo.

	Varones		Mujeres		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No consume	35	81.4%	136	81.0%	171	81.0%
Consume	8	18.6%	32	19.0%	40	19.0%
Total	43	100%	168	100%	211	100%

Resumen esquemático de los resultados :

SALUD FÍSICA	SEXO	EDAD	SEXO <sup>x</sup> EDAD
Consumo de sustancias (ALCOHOL)			
Consumo de sustancias (TABACO)			
Consumo de sustancias (FÁRMACOS)	M		
Consumo de sustancias (PSICOFÁRMACOS)			
DOLENCIAS	M		

Nota.: Sexo: V (Varones); M (Mujeres). Edad: JV (Jóvenes)

### 6.2.2 - Diferencias en salud psicológica según edad y sexo.

Una vez realizadas las diferencias en salud física (consumo de sustancias y dolencias) según edad y sexo, se procedió a realizar un análisis de varianza (*ANOVA*) considerando la edad y el sexo como factores y la salud psicológica (*SF-36*, *Satisfacción Personal* y *Satisfacción Vital e Indicadores de roles de género*) como variables dependientes. Este análisis se repetirá para las distintas variables mencionadas.

### 6.2.2.1– Diferencias en salud psicológica (SF-36) según edad y sexo.

La salud percibida fue evaluada por el cuestionario (*SF-36*). La media obtenida en la escala de función física del *SF-36* fue de 94.12, (DT = 9.94; rango 40-100). La distribución mostró una ligera asimetría negativa (asimetría = -2.49, error = 0.16) y (curtosis = 7.27, error = 0.33). Para la escala de salud general se obtuvo: M = 74.45, DT = 17.54; rango 20-100. La distribución mostró una ligera asimetría negativa (asimetría = -0.84, error = 0.16; curtosis = 0.51, error = 0.33).

El *ANOVA* indicó diferencias según edad en **Función Física**,  $F(1,205) = 8.24$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta^2_p = 0.039$ , y en **Salud General**,  $F(1,205) = 11.91$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta^2_p = 0.055$ . Se encontraron diferencias según sexo en **Vitalidad**,  $F(1,205) = 4.96$ ,  $p < 0.027$ ,  $\eta^2_p = 0.024$  y en **Salud Mental**,  $F(1,205) = 4.39$ ,  $p < 0.037$ ,  $\eta^2_p = 0.021$ . En la escala de **Función Física** las diferencias según sexo fueron cercanas a la significación,  $F(1,205) = 4.56$ ,  $p < 0.034$ ,  $\eta^2_p = 0.022$ . Aparecieron diferencias en la interacción edad x sexo en **Rol Emocional**,  $F(1,205) = 5.86$ ,  $p < 0.016$ ,  $\eta^2_p = 0.028$ .

Los resultados indicaron que los profesionales sanitarios jóvenes (M = 96.63, DT = 7.76) mostraron mejor **Función Física** que los de mediana edad (M = 91.37, DT = 11.28). En cuanto a **Salud General**, los jóvenes (M = 78.03, DT = 16.36) presentaron mayor puntuación que los sanitarios de mediana edad (M = 70.58, DT = 18.09).

Con respecto al sexo, los profesionales sanitarios varones (M = 72.32, DT = 17.29) presentaron mayor puntuación en **Vitalidad** que sus compañeras mujeres (M = 65.93, DT = 16.08). En cuanto a **Salud Mental** también fueron los varones (M = 79.81, DT = 14.60) los que presentaron mayores puntuaciones que las mujeres (M = 74.19, DT = 15.94). En la escala de **Función Física** los varones (M = 96.74, DT = 5.55) puntuaban más que las mujeres (M = 93.37, DT = 10.73).

En cuanto a la interacción edad <sup>x</sup> sexo se encontró diferencia en la escala de **Rol Emocional**, eran los varones de mediana edad (M = 22.80, DT = 40.14) y las mujeres jóvenes (M = 12.85, DT = 28.45) los que obtuvieron una mayor puntuación en esta escala (véase gráfico 6.1).

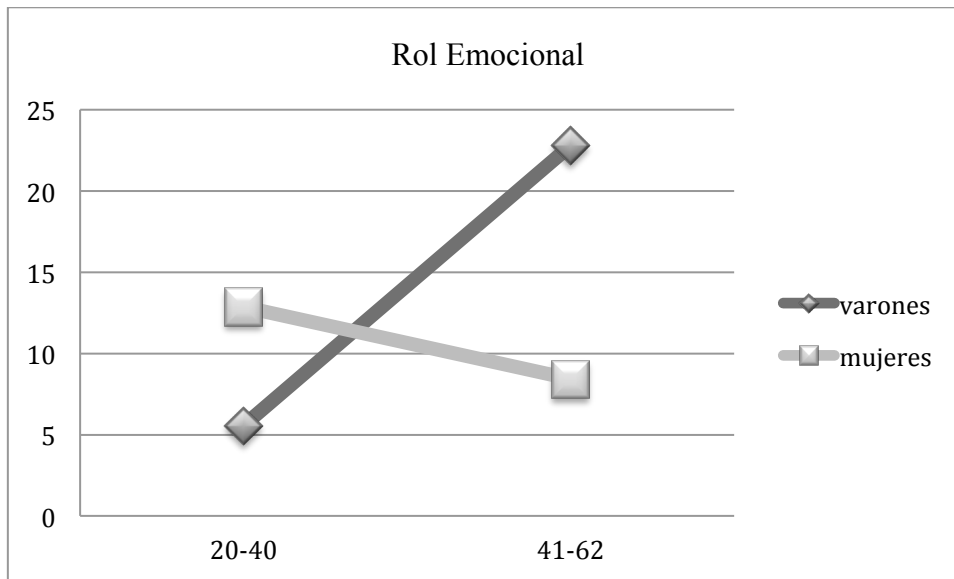


Gráfico 6.1: Rol emocional (SF-36) según edad y sexo

En la tabla 6.19 se muestran las medias y desviaciones típicas para *SF-36* según sexo y edad.

Tabla 6.19: Medias y desviaciones típicas para salud SF-36 según edad y sexo.

	EDAD	SEXO					
		Varones		Mujeres		Total	
		M	DT	M	DT	M	DT
1. Rol físico	(20-40)	89.58	28.47	87.34	23.86	87.85	24.84
	(41-62)	90.78	25.29	85.24	30.50	86.27	29.56
Total		90.11	26.80	86.29	27.32	87.08	27.19
2. Función física	(20-40)	98.54	2.75	96.08	8.62	<b>96.63</b>	7.76
	(41-62)	94.47	7.24	90.66	11.93	<b>91.37</b>	11.28
Total		<b>96.74</b>	5.55	<b>93.37</b>	10.73	94.06	9.97
3. Salud general	(20-40)	83.95	11.22	76.32	17.25	<b>78.03</b>	16.36
	(41-62)	68.94	19.40	70.96	17.88	<b>70.58</b>	18.09
Total		77.32	16.95	73.64	17.72	74.40	17.58
4. Dolor cuerpo	(20-40)	14.79	17.56	19.33	15.40	18.31	15.94
	(41-62)	20.39	23.05	21.23	18.18	21.07	19.05

Total		17.26	20.11	20.28	16.82	19.66	17.54
5. Vitalidad	(20-40)	75.20	16.31	66.44	16.22	68.41	16.57
	(41-62)	68.68	18.24	65.42	16.02	66.02	16.41
Total		<b>72.32</b>	17.29	<b>65.93</b>	16.08	67.24	16.50
6. Función social	(20-40)	6.25	11.65	13.40	19.40	11.79	18.15
	(41-62)	9.86	19.35	12.50	16.44	12.00	16.95
Total		7.84	15.43	12.95	17.93	11.90	17.53
7. Rol emocional	(20-40)	5.55	16.05	<b>12.85</b>	28.45	11.21	26.28
	(41-62)	<b>22.80</b>	40.14	8.43	21.36	11.11	26.25
Total		13.17	30.11	10.64	25.16	11.16	26.20
8. Salud mental	(20-40)	81.60	14.96	74.60	16.62	76.18	16.46
	(41-62)	77.47	14.18	73.78	15.31	74.47	15.11
Total		<b>79.81</b>	14.60	<b>74.19</b>	15.94	75.34	15.80

Nota: en negrita, diferencias significativas

En resumen, los profesionales sanitarios jóvenes presentaron mejor salud (**Función Física y Salud General**), para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida, además hacían una valoración personal de la salud con mayor perspectiva de futuro y eran más resistentes a enfermar, que los profesionales sanitarios de mediana edad. Los profesionales sanitarios varones manifestaban mejor **Función Física**, mayor **Vitalidad**, y mejor **Salud Mental** que las mujeres. Los profesionales varones de mediana edad y las mujeres jóvenes mostraban mayor afectación por los problemas emocionales: valoran el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (**Rol Emocional**).

Resumen esquemático de los resultados:

		EDAD	SEXO	EDAD <sup>x</sup> SEXO
<b>SALUD PSICOLÓGICA</b>				
<b>SF-36</b>				
<i>Componente Físico</i>				
	Rol Físico			
	Función Física	JV	V	
	Salud General	JV		
	Dolor cuerpo			
	Vitalidad		V	
<i>Componente Mental</i>				
	Salud Mental		V	
	Función Social			
	Rol Emocional			V <sub>ME</sub> <sup>x</sup> M <sub>JV</sub>

Dentro del objetivo 2 (Analizar las diferencias en variables de salud y personalidad según edad y sexo), estos resultados confirman la hipótesis 2.1 (*Los profesionales sanitarios jóvenes presentan mejor salud general que los de mediana edad*), también se confirma la hipótesis 2.2 (*Las profesionales sanitarias mujeres presentan peor salud general que los profesionales sanitarios varones y las mujeres consumen más fármacos que los varones*).

#### 6.2.2.2 – Diferencias en Satisfacción Personal y Vital según edad y sexo

Previo a analizar las diferencias en Satisfacción según edad y sexo, se realizaron análisis descriptivos para la variable Satisfacción (*Personal y Vital*). Posteriormente se realizará un análisis de varianza (*ANOVA*) considerando la edad y el sexo como factores y la Satisfacción (*Personal y Vital*) como variable dependiente.

##### 6.2.2.2.1 – Diferencias en Satisfacción Personal (familiar, laboral y global) según edad y sexo

La Satisfacción familiar, laboral y global fue denominada Satisfacción personal abarcando para diferenciarla de la escala de Satisfacción con la vida (Diener et al., 1984) denominada Satisfacción vital. El *ANOVA* indicó diferencias según edad en **Satisfacción laboral**,  $F(1,207) = 6.16, p < 0.014, \eta^2_p = 0.029$ , y en **Satisfacción global**,  $F(1,207) = 8.51, p < 0.004, \eta^2_p = 0.039$ . No se encontraron diferencias significativas en cuanto a sexo en las escalas de Satisfacción personal. Aparecieron diferencias en la interacción edad x sexo en **Satisfacción laboral**,  $F(1,207) = 6.90, p < 0.009, \eta^2_p = 0.032$ , y en **Satisfacción global**,  $F(1,207) = 4.67, p < 0.032, \eta^2_p = 0.022$ .

Los resultados indicaron que los profesionales sanitarios jóvenes ( $M = 7.31$ ,  $DT = 1.54$ ) mostraron mejor **Satisfacción laboral** que los de mediana edad ( $M = 7.06$ ,  $DT = 1.66$ ). En cuanto a **Satisfacción global**, los jóvenes ( $M = 7.98$ ,  $DT = 1.23$ ) obtuvieron mayor puntuación que los sanitarios de mediana edad ( $M = 7.62$ ,  $DT = 1.26$ ). En cuanto a la interacción edad  $\times$  sexo se encontraron diferencias en **Satisfacción laboral**, eran los varones jóvenes ( $M = 7.91$ ,  $DT = 1.58$ ) y las mujeres de mediana edad ( $M = 7.18$ ,  $DT = 1.62$ ) los que obtuvieron mayor satisfacción en la esfera laboral (véase gráfico 6.2).

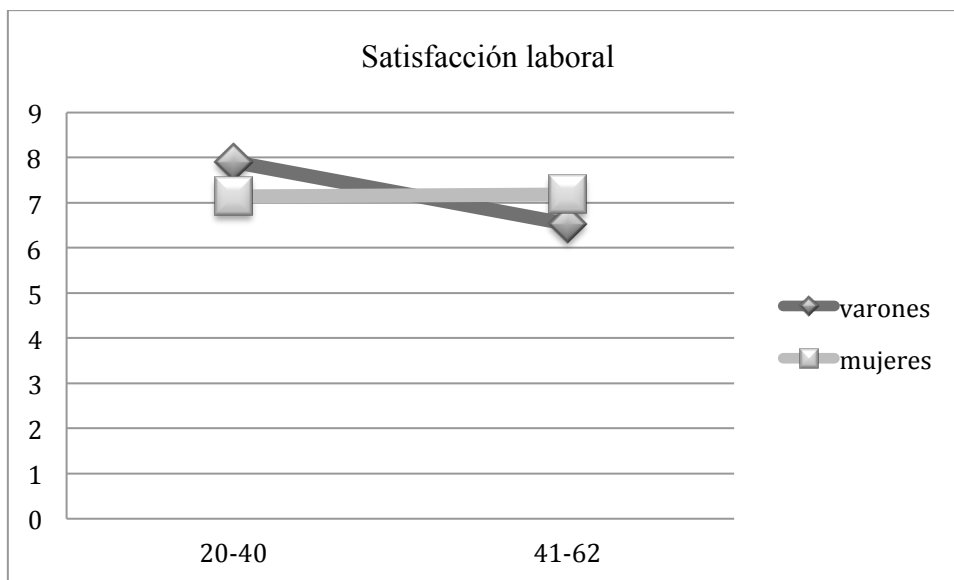


Gráfico 6.2: Satisfacción laboral según edad y sexo

Además, en cuanto a la interacción edad  $\times$  sexo se encontraron diferencias en **Satisfacción global**, eran los varones jóvenes ( $M = 8.50$ ,  $DT = 1.14$ ) y las mujeres jóvenes ( $M = 7.83$ ,  $DT = 1.22$ ) los que obtuvieron mayor satisfacción global (véase gráfico 6.3).



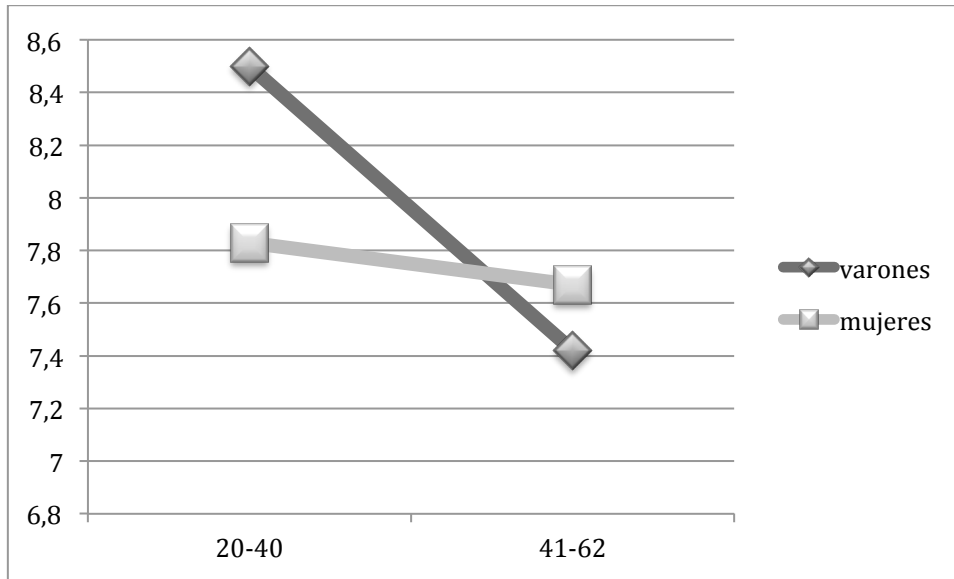


Gráfico 6.3: Satisfacción global según edad y sexo

En la tabla 6.20 se muestran las medias y desviaciones típicas para la Satisfacción Personal (satisfacción familiar, laboral y global) y Satisfacción vital (SWLS) según sexo y edad.

Tabla 6.20: Medias y desviaciones típicas para Satisfacción (Personal y Vital) según edad y sexo.

	SEXO						
	Varones		Mujeres		Total		
	EDAD	M	DT	M	DT	M	DT
SWLS total	(20-40)	5.42	1.19	5.18	1.03	5.24	1.06
	(41-62)	5.24	0.83	5.18	1.06	5.20	1.01
Total		5.34	1.04	5.18	1.04	5.22	1.04
Satisfacción familiar	(20-40)	8.62	1.58	8.50	1.43	8.53	1.46
	(41-62)	8.05	1.43	8.30	1.33	8.25	1.35
Total		8.37	1.53	8.40	1.38	8.40	1.41
Satisfacción laboral	(20-40)	<b>7.91</b>	1.58	7.14	1.50	<b>7.31</b>	1.54
	(41-62)	6.53	1.77	<b>7.18</b>	1.62	<b>7.06</b>	1.66
Total		7.30	1.79	7.16	1.55	7.19	1.60
Satisfacción global	(20-40)	<b>8.50</b>	1.14	7.83	1.22	<b>7.98</b>	1.23
	(41-62)	7.42	1.17	7.67	1.28	<b>7.62</b>	1.26
Total		8.02	1.26	7.75	1.25	7.81	1.26

Nota: en negrita, diferencias significativas

#### 6.2.2.2.2 – Diferencias en Satisfacción Vital (SWLS) según edad y sexo

Se estudiaron los posibles efectos sobre la edad y el sexo en la escala de Satisfacción con la vida (*SWLS*). No se encontraron diferencias significativas según la edad en Satisfacción vital. Respecto al efecto del sexo, no se encontraron diferencias significativas. Respecto al efecto de la interacción edad <sup>x</sup> sexo, no se encontraron diferencias significativas en la **Satisfacción con la vida**.

Resumen esquemático de los resultados:

	SEXO	EDAD	SEXO <sup>x</sup> EDAD
<b>SATISFACCIÓN PERSONAL</b>			
Satisfacción familiar			
Satisfacción laboral		JV	$V_{JV}^{x} M_{ME}$
Satisfacción global		JV	$V_{JV}^{x} M_{JV}$
<b>SATISFACCIÓN VITAL</b>			

Nota: Sexo: V (Varones); M (Mujeres). Edad: JV (Jóvenes); ME (Mediana edad)

#### 6.2.2.3 – Diferencias en los indicadores de roles de género según edad y sexo

Tras analizar las diferencias en Salud percibida (SF-36), la Satisfacción (personal y vital) según edad y sexo, se procede en primer lugar a describir los estadísticos descriptivos de los indicadores de rol de género. En segundo lugar, se realizará un análisis de varianza (*ANOVA*) considerando la edad y el sexo como factores y los Indicadores de roles de género como variables dependientes. Esta estructura se seguirá para las distintas variables mencionadas.

### 6.2.2.3.1 – Indicadores de roles de género

El número de Horas dedicadas a las tareas del hogar y el número de Horas dedicadas al cuidado de los hijos para este estudio fueron consideradas como dos Indicadores de roles de género. Se realizó un *ANOVA* considerando la edad y sexo como factores, y los Indicadores de roles de género (Número de Horas dedicadas al hogar, Número de Horas dedicadas a los hijos, Implicación del cónyuge con el cuidado del hogar y la Implicación del cónyuge con el cuidado de los hijos) como variables dependientes. En cuanto a la edad se encontraron diferencias significativas en número de **Horas dedicadas a los hijos**,  $F(1,009) = 5.096$ ,  $p < 0.027$ ,  $\eta^2_p = 0.058$ . Los resultados indicaron que los jóvenes ( $M = 27.89$ ,  $DT = 9.51$ ) dedican un mayor número de horas a los hijos que los de mediana edad ( $M = 21.25$ ,  $DT = 15.58$ ). En cuanto al sexo, se encontraron diferencias en número de **Horas dedicadas al hogar**,  $F(1,203) = 5.59$ ,  $p < 0.01$ ,  $\eta^2_p = 0.027$ . Los resultados indicaron que los profesionales sanitarios mujeres ( $M = 17.54$ ,  $DT = 11.75$ ) dedican un mayor número de horas a las tareas del hogar que los sanitarios varones ( $M = 14.09$ ,  $DT = 16.54$ ). Se encontraron diferencias según sexo en **Implicación del cónyuge en las tareas del hogar**,  $F(5.461) = 10.75$ ,  $p < 0.002$ ,  $\eta^2_p = 0.115$ . Los resultados indicaron que eran los varones ( $M = 9.52$ ,  $DT = 1.54$ ) los que obtuvieron mayor implicación del cónyuge en las tareas del hogar que las mujeres de la muestra ( $M = 6.51$ ,  $DT = 3.45$ ). Se encontraron diferencias según sexo en **Implicación del cónyuge en el cuidado de los hijos**,  $F(5.461) = 8.600$ ,  $p < 0.004$ ,  $\eta^2_p = 0.094$ . Los resultados indicaron que eran los varones ( $M = 9.84$ ,  $DT = 3.07$ ) los que presentaron mayor implicación del cónyuge en el cuidado de los hijos que las mujeres de la muestra ( $M = 8.02$ ,  $DT = 3.22$ ). El efecto de la interacción entre edad x sexo no fue significativo en los roles de género (Número de Horas dedicadas al hogar, Número de

Horas dedicadas a los hijos, Implicación del cónyuge con el cuidado del hogar y la Implicación del cónyuge con el cuidado de los hijos).

A continuación se representan en el gráfico 6.4 el grado de Implicación del cónyuge al cuidado del hogar según sexo.

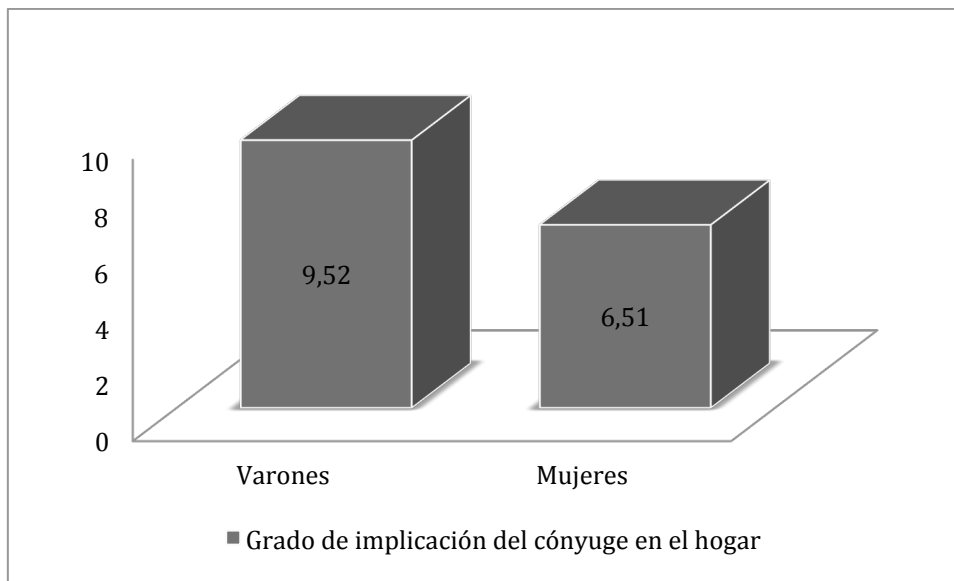


Gráfico 6.4: grado de Implicación del cónyuge al cuidado del hogar según sexo

En el gráfico 6.5 se representa el grado de Implicación del cónyuge en el cuidado de los hijos según sexo.

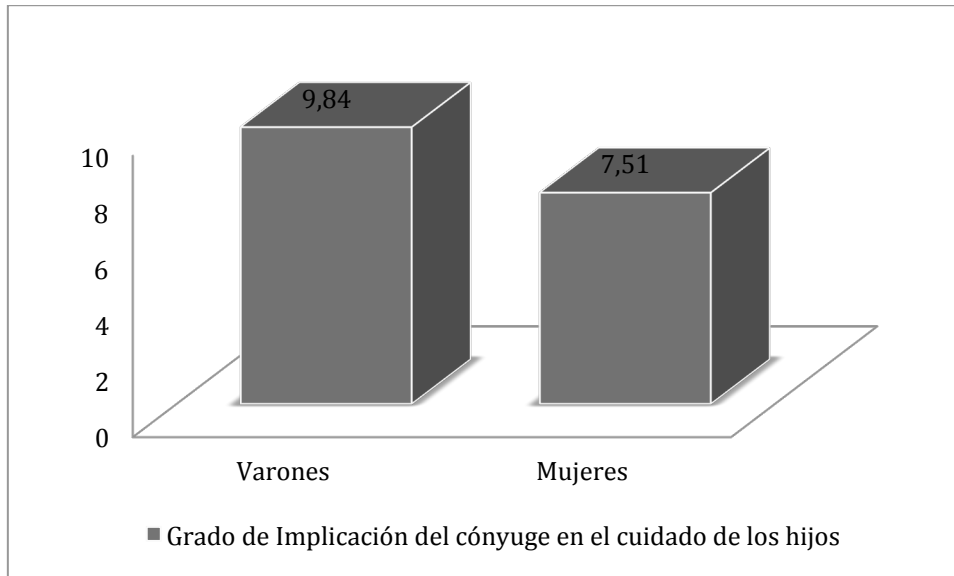


Gráfico 6.5: grado de Implicación del cónyuge al cuidado de los hijos según sexo

Resumen esquemático de los resultados :

	SEXO	EDAD	SEXO <sup>x</sup> EDAD
<b>INDICADORES ROL DE GÉNERO</b>			
Número horas dedicadas al Hogar	M		
Número horas dedicadas a los Hijos		JV	
Implicación cónyuge Hogar	V		
Implicación cónyuge Hijos	V		

Nota.: Sexo: V (Varones); M (Mujeres). Edad: JV (Jóvenes)

### 6.2.3 – Diferencias en personalidad según edad y sexo

Las variables relacionadas con la persona fueron los estilos de personalidad y el afrontamiento. La personalidad fue evaluada mediante el Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS), mientras que el afrontamiento fue evaluado mediante el *Brief-COPE*. Se realizó un análisis de varianza (*ANOVA*), para analizar si existían diferencias según edad y sexo en ambas variables personales, considerando la edad y el sexo como factores y el *Brief-COPE* y el *MIPS* como variables dependientes.

### 6.2.3.1– Diferencias en afrontamiento (Brief-COPE) según edad y sexo

En primer lugar, se presentan los resultados para afrontamiento evaluado por el cuestionario (*Brief-COPE*). La media obtenida en la escala de afrontamiento activo del *Brief-COPE* fue de 6.81, (DT = 1.38; rango 2-8). La distribución mostró una ligera asimetría negativa = (-1.36, error = 0.16) y curtosis = (1.92, error = 0.33).

En la escala de **Afrontamiento Activo**, las diferencias según edad presentaron tendencia a la significación,  $F(1,207) = 3.27, p < 0.073, \eta^2_p = 0.015$ . Se encontraron diferencias según sexo en **Negación**,  $F(1,207) = 8.02, p < 0.005, \eta^2_p = 0.037$  y en **Religión**,  $F(1,207) = 5.41, p < 0.021, \eta^2_p = 0.026$ . Aparecieron diferencias en la interacción edad x sexo en **Religión**,  $F(1,207) = 5.252, p < 0.023, \eta^2_p = 0.025$ .

Los resultados indicaron que los sanitarios jóvenes ( $M = 6.91, DT = 1.25$ ) mostraron mayor puntuación en la escala de **Afrontamiento Activo** que los sanitarios de mediana edad ( $M = 6.69, DT = 1.50$ ). Con respecto al sexo, eran las mujeres ( $M = 3.55, DT = 1.65$ ) las que presentaron mayor puntuación en **Negación** que sus compañeros varones ( $M = 2.79, DT = 1.31$ ), al igual que en la escala **Religión** eran las mujeres ( $M = 3.97, DT = 2.08$ ) las que puntuaban más que los varones ( $M = 3.20, DT = 1.88$ ).

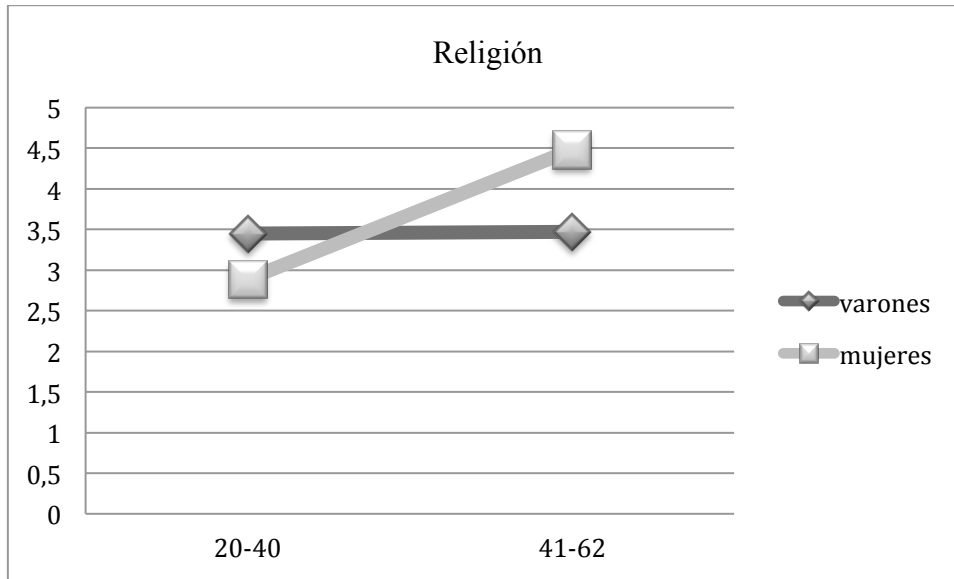


Gráfico 6.6: Religión (Brief-COPE) según edad y sexo

En cuanto a la interacción edad <sup>x</sup> sexo se encontraron diferencias en la escala de **Religión**, siendo los varones jóvenes (M = 3.45, DT = 2.12) y las mujeres de mediana edad (M = 4.48, DT = 2.10) los que obtuvieron mayor puntuación en esta escala, como se observa en el gráfico 6.6. A continuación, la tabla 6.21 muestra las medias y desviaciones típicas para *Brief-COPE* según sexo y edad.

Tabla 6.21: Medias y desviaciones típicas para afrontamiento Brief-COPE según edad y sexo.

	EDAD	SEXO					
		Varón		Mujer		Total	
		M	DT	M	DT	M	DT
1. Autodistracción	(20-40)	5.29	1.26	5.74	1.59	5.64	1.53
	(41-62)	5.00	1.41	5.24	1.59	5.19	1.56
Total		5.16	1.32	5.49	1.61	5.42	1.56
2. Afrontamiento activo	(20-40)	7.08	1.10	6.87	1.29	<b>6.91</b>	1.25
	(41-62)	6.31	1.51	6.78	1.49	<b>6.69</b>	1.50
Total		6.74	1.34	6.82	1.39	6.81	1.38
3. Negación	(20-40)	2.87	1.32	3.75	1.72	3.55	1.71
	(41-62)	2.68	1.33	3.36	1.51	3.23	1.50
Total		<b>2.79</b>	1.31	<b>3.55</b>	1.65	3.40	1.62

4. Consumo sustancias	(20-40)	2.20	0.65	2.38	0.92	2.34	0.87
	(41-62)	2.36	1.01	2.26	0.92	2.28	0.93
Total		2.27	0.82	2.32	0.92	2.31	0.90
5. Apoyo emocional	(20-40)	6.04	1.94	6.43	1.65	6.34	1.72
	(41-62)	5.89	1.62	6.20	1.72	6.14	1.70
Total		5.97	1.79	6.32	1.68	6.25	1.71
6. Renuncia	(20-40)	2.87	1.26	3.17	1.52	3.11	1.47
	(41-62)	3.42	1.26	3.27	1.66	3.30	1.59
Total		3.11	1.27	3.22	1.59	3.20	1.53
7. Descarga emocional	(20-40)	4.91	1.38	5.15	1.46	5.10	1.44
	(41-62)	4.73	1.59	5.06	1.46	5.00	1.48
Total		4.83	1.46	5.10	1.46	5.05	1.46
8. Reinterpretación positiva	(20-40)	5.25	1.64	5.63	1.51	5.55	1.54
	(41-62)	5.63	1.21	5.84	1.40	5.80	1.37
Total		5.41	1.46	5.73	1.46	5.67	1.46
9. Planificación	(20-40)	6.12	1.51	6.18	1.37	6.17	1.40
	(41-62)	6.26	1.66	6.34	1.49	6.33	1.51
Total		6.18	1.56	6.26	1.43	6.25	1.45
10. Humor	(20-40)	3.70	1.42	3.63	1.37	3.65	1.38
	(41-62)	3.47	1.30	3.46	1.34	3.47	1.33
Total		3.60	1.36	3.55	1.36	3.56	1.35
11. Aceptación	(20-40)	6.12	1.62	5.71	1.57	5.80	1.58
	(41-62)	6.05	1.61	6.33	1.56	6.28	1.56
Total		6.09	1.60	6.02	1.59	6.03	1.59
12. Religión	(20-40)	<b>3.45</b>	2.12	3.47	1.94	3.46	1.97
	(41-62)	2.89	1.52	<b>4.48</b>	2.10	4.18	2.10
Total		<b>3.20</b>	1.88	<b>3.97</b>	2.08	3.81	2.06

Nota: en negrita, diferencias significativas

En resumen, los profesionales sanitarios jóvenes obtuvieron una mayor puntuación en estrategias de **Afrontamiento Activo** frente a los sanitarios de mediana edad. Fueron los jóvenes los que intentaban llevar a cabo acciones para paliar o eliminar el estresor. Los profesionales sanitarios mujeres utilizaban en mayor medida estrategias de afrontamiento evitativo (**Negación y Religión**), que los varones; por lo que las mujeres intentaban rechazar la realidad y además encontraban mayor apoyo en la religión que los hombres ante un agente estresor. Los varones jóvenes y las mujeres de mediana edad, fueron los que utilizaban más la estrategia de **Religión**, mostrando mayor apoyo en las creencias religiosas, ante una situación estresante.



Resumen esquemático de los resultados:

		EDAD	SEXO	EDAD <sup>x</sup> SEXO
<b>BRIEF-COPE</b>				
	Autodistracción			
	Afrontamiento activo	JV		
	Negación		M	
	Consumo			
	Apoyo emocional			
	Renuncia			
	Descarga emocional			
	Reinterpretación positiva			
	Planificación			
	Humos			
	Aceptación			
	Religión		M	V <sub>JV</sub> <sup>x</sup> M <sub>ME</sub>

Dentro del objetivo 2 (Analizar las diferencias en variables de salud y personalidad según edad y sexo), estos resultados confirman la hipótesis 2.3 (*Los profesionales sanitarios de mediana edad adoptarán un estilo de afrontamiento evitativo y emocional*). Se confirma la hipótesis 2.4 (*Es probable que las profesionales sanitarias mujeres adopten un estilo de afrontamiento basado en la evitación más que los hombres*).

#### 6.2.3.2– Diferencias en estilos de personalidad (MIPS) según edad y sexo.

En primer lugar, se analizaron los estadísticos descriptivos de las dimensiones del MIPS. La media obtenida en la escala de Modificación del MIPS fue de 52.59, (DT = 8.46; rango 36-79). La distribución no mostró ni asimetría ni curtosis (asimetría = 0.38, error = 0.167) y (curtosis = -0.33, error = 0.33). Para la escala de Adecuación se obtuvo: M = 42.76, DT = 8.11; rango 21-61. La distribución mostró una ligera asimetría negativa (asimetría = -0.30, error = 0.167) y (curtosis = -0.29, error = 0.33). El resto de las escalas no mostraron sesgo ni curtosis acentuada.

Para comprobar la existencia de diferencias en personalidad según la edad y el sexo, se llevó a cabo un análisis de varianza como en los apartados precedentes. El *ANOVA* indicó diferencias según edad y sexo en las siguientes escalas: En lo que se refiere a las escalas del área de las Metas Motivacionales (de la 1A a la 3B), se encontraron diferencias según edad en las escalas de **Modificación**,  $F(1,207) = 4.97, p < 0.027, \eta^2_p = 0.023$  y la escala de **Adecuación**,  $F(1,207) = 3.73, p < 0.055, \eta^2_p = 0.018$ . Respecto a las escalas que pertenecen al área de los Modos Cognitivos (de la 4A a la 7B), se ha encontrado diferencias según edad en la escala de **Extraversión**,  $F(1,207) = 4.80, p < 0.030, \eta^2_p = 0.023$ . Por último, en cuanto a las escalas del área de Conductas Interpersonales (de la 8A a la 12B), han resultado significativas las diferencias según edad con las escalas de **Retraimiento**,  $F(1,207) = 5.98, p < 0.015, \eta^2_p = 0.028$  y la escala de **Sociabilidad**,  $F(1,207) = 4.18, p < 0.042, \eta^2_p = 0.020$ .

Se encontraron diferencias según sexo, en el área de las Metas Motivacionales, en la escala de **Protección**,  $F(1,207) = 11.32, p < 0.001, \eta^2_p = 0.052$ . En cuanto al área de los Modos Cognitivos, se encontraron diferencias según sexo en las escalas de **Pensamiento**,  $F(1,207) = 10.32, p < 0.002, \eta^2_p = 0.048$  y la escala de **Sentimiento**,  $F(1,207) = 12.40, p < 0.001, \eta^2_p = 0.057$ . En el área de Conductas Interpersonales se encontraron diferencias según sexo en la escala de **Aquiescencia**,  $F(1,207) = 4.37, p < 0.038, \eta^2_p = 0.021$ .

Aparecieron diferencias en la interacción edad x sexo en el área de las Metas Motivacionales en las escalas de **Expansión**,  $F(1,207) = 4.31, p < 0.039, \eta^2_p = 0.020$  y la escala de **Adecuación**,  $F(1,207) = 5.27, p < 0.023, \eta^2_p = 0.025$ .

Los resultados indicaron con respecto a la edad, en el área de Metas Motivacionales, en la escala de **Modificación** que los profesionales de mediana edad ( $M = 53.68, DT = 8.86$ ) presentaban mayores puntuaciones que los jóvenes ( $M = 51.56,$

DT = 7.96), mientras que en la escala de **Adecuación** fueron los jóvenes (M = 43.14, DT = 8.26) los que obtuvieron mayor puntuación que los sanitarios de mediana edad (M = 42.36, DT = 7.97). En el área de los Modos Cognitivos, los resultados pusieron de manifiesto que en la escala de **Extraversión** eran los sanitarios de mediana edad (M = 26.14, DT = 8.62) los que obtuvieron mayor puntuación que los sanitarios jóvenes (M = 24.34, DT = 8.43). Por último en el área de las Conductas Interpersonales, en la escala de **Retraimiento** fueron los jóvenes (M = 52.30, DT = 8.63) los que obtuvieron mayor puntuación que los sanitarios de mediana edad (M = 49.67, DT = 9.86), mientras que en la escala de **Sociabilidad** eran los de mediana edad (M = 60,21, DT = 11.37) los que puntuaban más que los jóvenes (M = 57.78, DT = 9.68), véase gráfico 6.7.

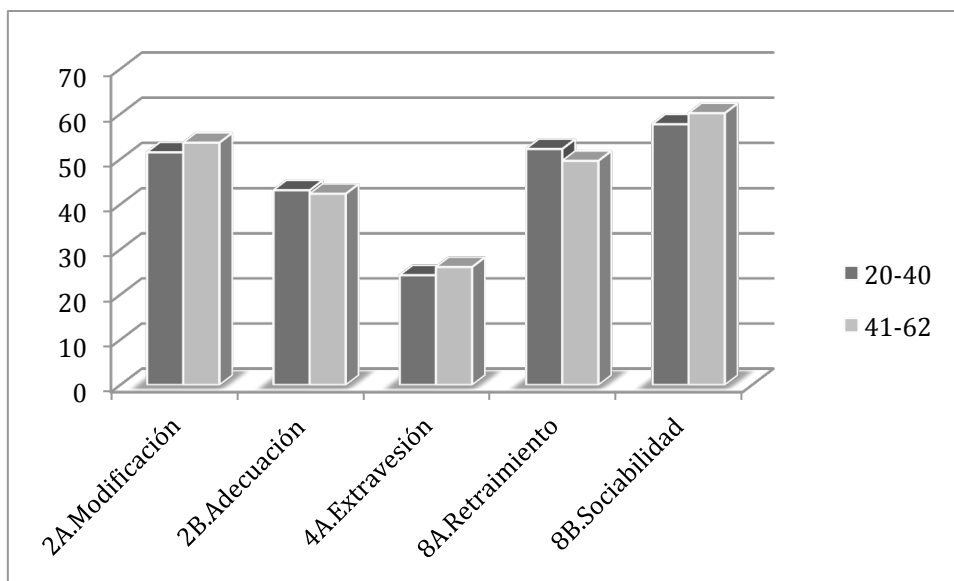


Gráfico 6.7: Escalas del MIPS en las que se encontraron diferencias según edad.

Con respecto al sexo, en el área de Metas Motivacionales, en la escala de **Protección**, fueron los varones (M = 49.93, DT = 7.80) los que obtuvieron una mayor puntuación que las mujeres (M = 45.96, DT = 6.59). En el área de los Modos

Cognitivos, los resultados pusieron de manifiesto que en la escala de **Sentimiento** obtuvieron mayor puntuación los sanitarios varones ( $M = 62.69$ ,  $DT = 8.23$ ) que las mujeres ( $M = 58.17$ ,  $DT = 7.26$ ), mientras que en la escala de **Pensamiento** eran las profesionales sanitarias mujeres ( $M = 57.22$ ,  $DT = 8.60$ ) las que obtuvieron mayor puntuación que los varones ( $M = 52.65$ ,  $DT = 8.26$ ). En el área de las Conductas Interpersonales, en la escala de **Aquiescencia** eran los varones ( $M = 23.25$ ,  $DT = 7.60$ ) los que obtuvieron mayor puntuación que las mujeres ( $M = 20.25$ ,  $DT = 8.12$ ), véase gráfico 6.8.

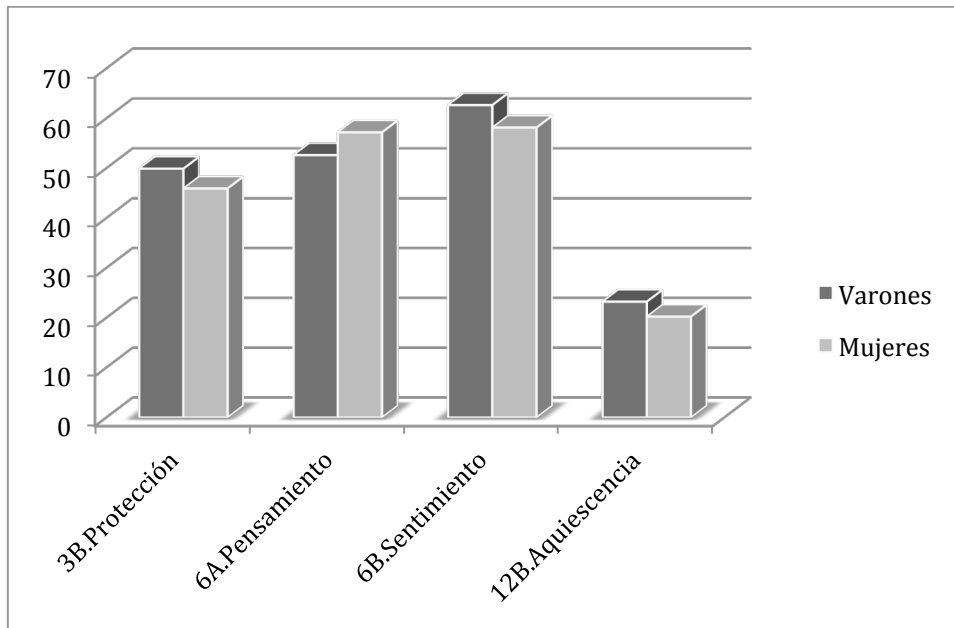


Gráfico 6.8: Escalas del MIPS en las que se encontraron diferencias según sexo.

En cuanto a la interacción edad <sup>x</sup> sexo se encontraron diferencias en el área de Metas Motivacionales en las escalas de **Expansión** eran los varones de mediana edad ( $M = 20.47$ ,  $DT = 6.80$ ) y las mujeres jóvenes ( $M = 21.96$ ,  $DT = 6.26$ ) los que obtuvieron mayor puntuación en esta escala; mientras que en la escala **Adecuación** las

puntuaciones mayores las obtuvieron los varones jóvenes ( $M = 45.54$ ,  $DT = 7.01$ ) y las mujeres de mediana edad ( $M = 42.97$ ,  $DT = 8.09$ ), véase gráfico 6.9 y 6.10.

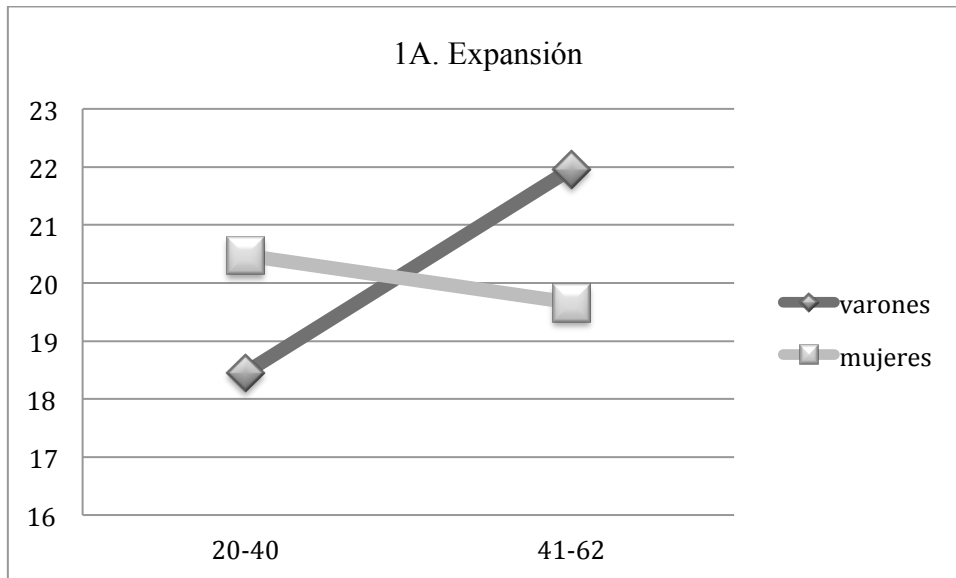


Gráfico 6.9: Expansión (MIPS) según edad y sexo

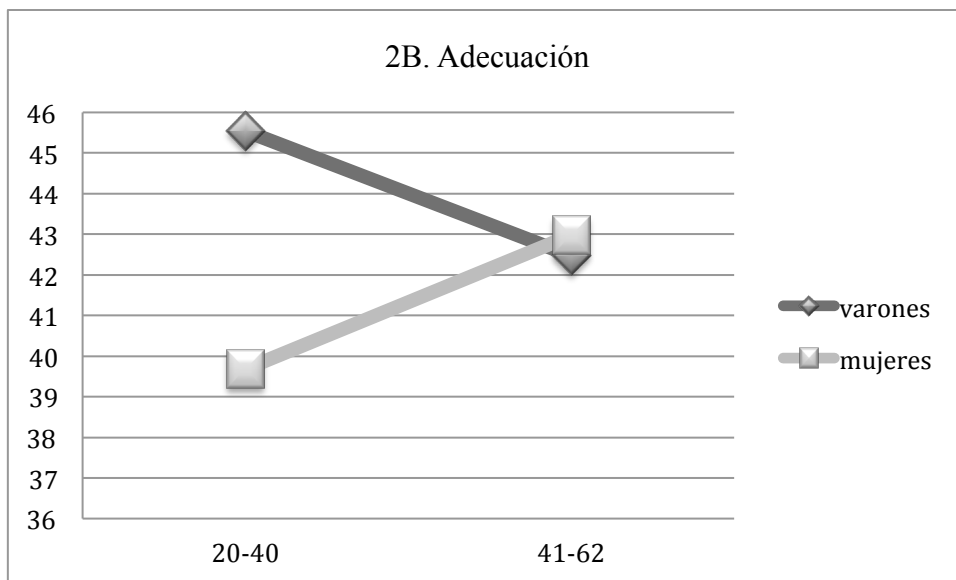


Gráfico 6.10: Adecuación (MIPS) según edad y sexo

Se muestran en la tabla 6.22 las medias y desviaciones típicas para el *MIPS* según sexo y edad.

Tabla 6.22: Medias y desviaciones típicas para personalidad MIPS según edad y sexo.

		SEXO					
		Varón		Mujer		Total	
	EDAD	M	DT	M	DT	M	DT
1A. Expansión	(20-40)	18.45	5.79	<b>21.96</b>	6.26	21.19	6.30
	(41-62)	<b>20.47</b>	6.80	19.66	5.70	19.81	5.89
Total		19.34	6.26	20.82	6.08	20.52	6.13
1B. Preservación	(20-40)	56.91	7.43	52.05	9.32	53.12	9.13
	(41-62)	54.00	10.51	53.38	8.69	53.50	9.00
Total		55.62	8.93	52.71	9.01	53.30	9.05
2A. Modificación	(20-40)	50.79	8.96	51.78	7.70	<b>51.56</b>	7.96
	(41-62)	55.84	7.39	53.19	9.13	<b>53.68</b>	8.86
Total		53.02	8.59	52.48	8.44	52.59	8.46
2B. Adecuación	(20-40)	<b>45.54</b>	7.01	42.47	8.50	<b>43.14</b>	8.26
	(41-62)	39.68	7.00	<b>42.97</b>	8.09	<b>42.36</b>	7.97
Total		42.95	7.52	42.72	8.28	42.76	8.11
3A. Individualidad	(20-40)	56.50	8.57	57.62	7.63	57.37	7.82
	(41-62)	54.68	7.74	57.84	6.93	57.25	7.15
Total		55.69	8.17	57.73	7.27	57.31	7.49
3B. Protección	(20-40)	49.87	7.84	46.34	7.15	47.11	7.42
	(41-62)	50.00	7.97	45.57	5.98	46.40	6.58
Total		<b>49.93</b>	7.80	<b>45.96</b>	6.59	46.77	7.02
4A. Extraversión	(20-40)	24.29	8.06	24.36	8.63	<b>24.34</b>	8.43
	(41-62)	29.73	9.42	25.32	8.27	<b>26.14</b>	8.62
Total		26.69	9.01	24.83	8.44	25.21	8.57
4B. Introversión	(20-40)	47.66	7.31	46.88	6.93	47.05	6.99
	(41-62)	43.84	7.05	46.38	7.27	45.91	7.27
Total		45.97	7.37	46.63	7.09	46.50	7.13
5A. Sensación	(20-40)	22.70	5.93	22.23	6.12	22.33	6.05
	(41-62)	21.31	5.49	20.65	5.31	20.77	5.32
Total		22.09	5.71	21.45	5.77	21.58	5.75
5B. Intuición	(20-40)	58.41	7.68	57.37	7.37	57.60	7.42
	(41-62)	58.15	6.55	58.43	6.53	58.38	6.50
Total		58.30	7.12	57.89	6.97	57.98	6.98
6A. Pensamiento	(20-40)	53.79	7.92	57.34	8.70	56.55	8.62
	(41-62)	51.21	8.67	57.10	8.54	56.00	8.83
Total		<b>52.65</b>	8.26	<b>57.22</b>	8.60	56.29	8.71
6B. Sentimiento	(20-40)	62.75	7.36	58.85	7.35	59.71	7.49
	(41-62)	62.63	9.44	57.46	7.14	58.43	7.83
Total		<b>62.69</b>	8.23	<b>58.17</b>	7.26	59.09	7.67
7A. Sistematización	(20-40)	50.04	10.64	49.68	10.8	50.20	10.77
	(41-62)	50.84	7.87	48.53	9.61	48.96	9.32
Total		51.51	9.43	49.11	10.2	49.60	10.09
7B. Innovación	(20-40)	66.83	7.46	66.97	8.98	66.94	8.63
	(41-62)	69.26	6.62	68.07	6.91	68.29	6.84
Total		67.90	7.12	67.51	8.02	67.59	7.83
8A. Retraimiento	(20-40)	52.41	7.30	52.27	9.01	<b>52.30</b>	8.63
	(41-62)	46.52	11.48	50.39	9.38	<b>49.67</b>	9.86
Total		49.81	9.72	51.34	9.22	51.03	9.32
8B. Sociabilidad	(20-40)	56.87	10.71	58.04	9.43	<b>57.78</b>	9.68
	(41-62)	62.68	11.25	59.65	11.3	<b>60.21</b>	11.37
Total		59.44	11.21	58.83	10.4	58.96	10.58
9A. Indecisión	(20-40)	56.70	8.03	53.02	9.63	53.83	9.39
	(41-62)	54.73	10.96	53.97	10.0	54.11	10.18

total		55.83	9.37	53.49	9.83	53.97	9.76
9B. Decisión	(20-40)	47.87	9.74	51.58	10.9	50.77	10.79
	(41-62)	51.78	10.84	51.43	10.8	51.50	10.76
Total		49.60	10.30	51.51	10.8	51.12	10.75
10A. Discrepancia	(20-40)	83.70	7.12	81.95	9.09	82.33	8.70
	(41-62)	80.84	5.59	82.55	6.79	82.23	6.59
Total		82.44	6.57	82.25	8.02	82.28	7.73
10B. Conformismo	(20-40)	63.95	8.24	63.12	7.69	63.31	7.78
	(41-62)	63.36	8.60	62.93	8.48	63.01	8.46
Total		63.69	8.30	63.03	8.06	63.17	8.10
11A. Sumisión	(20-40)	61.91	6.12	58.32	8.35	59.11	8.03
	(41-62)	61.10	4.40	60.49	6.45	60.60	6.10
Total		61.55	5.39	59.39	7.53	59.83	7.18
11B. Dominio	(20-40)	58.45	6.21	60.00	7.33	59.66	7.10
	(41-62)	57.84	7.56	59.27	7.40	59.00	7.41
Total		58.18	6.76	59.64	7.35	59.34	7.24
12A. Descontento	(20-40)	73.37	6.91	71.24	10.2	71.71	9.62
	(41-62)	69.26	8.53	71.48	7.78	71.06	7.93
Total		71.55	7.85	71.36	9.08	71.40	8.83
12B. Aquiescencia	(20-40)	24.08	7.59	20.25	8.23	21.10	8.21
	(41-62)	22.21	7.69	20.25	8.06	20.61	7.99
Total		<b>23.25</b>	7.60	<b>20.25</b>	8.12	20.86	8.09
p <sub>i</sub>	(20-40)	17.12	1.87	16.78	2.16	16.86	2.09
	(41-62)	16.68	2.05	16.48	2.13	16.47	2.10
Total		16.93	1.94	16.60	2.14	16.67	2.10
n <sub>i</sub>	(20-40)	18.29	1.30	17.51	2.16	16.68	2.03
	(41-62)	17.63	1.94	17.73	1.95	17.71	1.94
Total		18.00	1.63	17.62	2.06	17.70	1.98

Nota = \*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001

En resumen, en cuanto a la edad, los profesionales sanitarios de mediana edad en el área de Metas Motivacionales puntuaron alto en la escala de **Modificación** (el futuro depende de ellos/as, por lo que intentan cambiar su entorno para conseguir sus deseos). En cuanto al área de Modos Cognitivos estos profesionales de mediana edad puntuaron alto en **Extraversión** (recurren a los/as demás para encontrar estímulos y ánimos, utilizan a sus amigos como fuente de ideas y de inspiración, acumulando confianza en sí mismo y se sienten reconfortados con su presencia), y por último en el área de Conductas Interpersonales los sanitarios de mediana edad presentaron puntuaciones altas en **Sociabilidad** (buscan la atención, el entusiasmo y el estímulo social). Mientras que los profesionales jóvenes en el área de Metas Motivacionales puntuaron alto en la escala de **Adecuación** (hacen poco por dar forma a sus vidas o modificarlas) y en el área de Conductas Interpersonales presentaron puntuaciones altas en la escala de

**Retraimiento** (se caracterizan por no mostrar sus emociones y por su indiferencia social).

En cuanto al sexo, los sanitarios varones en el área de Metas Motivacionales puntuaron más alto en la escala de **Protección** que las mujeres (se les considera reforzadores y protectores, que cuidan de los demás antes de cuidarse a sí mismos). En cuanto al área de Modos Cognitivos estos profesionales varones puntúan más alto en la escala de **Sentimiento** (se forman sus criterios según sus propias respuestas afectivas ante las circunstancias, siguen sus metas y valores personales). En el área de Conductas Interpersonales, en la escala de **Aquiescencia**, son los varones los que puntúan más que las mujeres (suelen agradar fácilmente y con frecuencia se relacionan con los demás de una manera dócil). Las profesionales sanitarias mujeres en el área de Modos Cognitivos puntuaron alto en la escala de **Pensamiento** (prefieren procesar el conocimiento mediante la lógica y el razonamiento analítico).

Por último, en cuanto a la interacción edad <sup>x</sup> sexo en el área de Metas Motivacionales en la escala de **Expansión**, son los varones de mediana edad y las mujeres jóvenes los que tienden a mirar el lado positivo de la vida, mostrándose optimistas. En la escala de **Adecuación**, son los varones jóvenes y las mujeres de mediana edad los que reaccionan adaptándose a las circunstancias que otros crean, sin protestar y siendo incapaces de volverse activos.



Resumen esquemático de los resultados:

		EDAD	SEXO	EDAD <sup>x</sup> SEXO
<b>MIPS</b>				
<b>MM</b>				
	1A.Expansión			$V_{ME}^x M_{JV}$
	1B.Preservación			
	2A.Modificación	ME		
	2B.Adecuación	JV		$V_{JV}^x M_{ME}$
	3A. Individualidad			
	3B.Protección		V	
<b>MC</b>				
	4A.Extraversión	ME		
	4B.Introversión			
	5A. Sensación			
	5B.Intuición			
	6A.Pensamiento		M	
	6B.Sentimiento		V	
	7A.Sistematización			
	7B.Innovación			
<b>CI</b>				
	8A.Retraimiento	JV		
	8B.Sociabilidad	ME		
	9A.Indecisión			
	9B.Decisión			
	10A.Discrepancia			
	10B.Conformismo			
	11A.Sumisión			
	11B.Dominio			
	12A.Descontento			
	12B.Aquiescencia		V	

Nota: Edad: (JV) Joven (20-40); (ME) Mediana edad (41-62); Sexo: Varón (V), Mujer (M); Rojo: características personalidad más adaptativas, Negro: características menos adaptativa

Dentro del objetivo 2 (Analizar las diferencias en variables de salud y personalidad según edad y sexo), estos resultados no confirman la hipótesis 2.5 (*Es probable que a medida que aumenta la edad se sea más conformista*). No se confirma la hipótesis 2.6 (*Las mujeres sanitarias adoptarán un estilo de personalidad de protección*)

Finalmente se presenta un resumen esquemático de los resultados significativos del objetivo número 2

Resumen esquemático de los resultados del objetivo 2:

		EDAD	SEXO	EDAD <sup>X</sup> SEXO
<b>SALUD FÍSICA</b>				
<i>Consumo sustancias</i>	Fármacos		M	
<i>Dolencias</i>	Dolencias		M	
<b>SALUD PSICOLÓGICA</b>				
<b>SF-36</b>				
<i>Componente Físico</i>				
	Función Física	JV	V	
	Salud General	JV		
	Vitalidad		V	
<i>Componente Mental</i>				
	Salud Mental		V	
	Rol Emocional			$V_{ME}^X M_{JV}$
<i>Satisfacción personal</i>				
	Satisfacción laboral	JV		$V_{JV}^X M_{ME}$
	Satisfacción global	JV		$V_{JV}^X M_{JV}$
<i>Indicadores Roles de Género</i>				
	Horas dedicadas al hogar		M	
	Horas dedicadas a los hijos	JV		
	Implicación cónyuge hogar		V	
	Implicación cónyuge hijos		V	
<b>Brief-COPE</b>				
<i>A Problema</i>	Afrontamiento Activo	JV		
<i>A Evitativo</i>	Negación		M	
<i>A Evitativo</i>	Religión		M	$V_{JV}^X M_{ME}$
<b>MIPS</b>				
<b>MM</b>				
	1A.Expansión			$V_{ME}^X M_{JV}$
	2A.Modificación	ME		
	2B.Adecuación	JV		$V_{JV}^X M_{ME}$
	3B.Protección		V	
<b>MC</b>				
	4A.Extraversión	ME		
	6A.Pensamiento		M	
	6B.Sentimiento		V	
<b>CI</b>				
	8A.Retraimiento	JV		
	8B.Sociabilidad	ME		
	12B.Aquiescencia		V	

Nota: Edad: (JV) Joven (20-40); (ME) Mediana edad (41-62); Sexo: Varón (V), Mujer (M); Rojo: características personalidad más adaptativas, Negro: características menos adaptativa

### 6.3 – ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS EN SALUD Y PERSONALIDAD SEGÚN TIPO DE ACTIVIDAD SANITARIA

En este apartado se presentan los análisis estadísticos realizados para alcanzar el objetivo 3.

**Objetivo 3.** Analizar las diferencias en variables de salud y personalidad según actividad sanitaria, atención especializada (AE) y atención primaria (AP).

En función de la complejidad del objetivo número tres, se han planteado las siguientes hipótesis. Las tres primeras hipótesis referidas a la salud (3.1, 3.2 y 3.3) y las dos siguientes referidas a la personalidad (3.4 y 3.5).

**Hipótesis 3. Contrastar las hipótesis 3.1, 3.2,3.3,3.4 y 3.5.**

**Hipótesis 3.1.** *Personal sanitario de AE obtendrá peores puntuaciones en Salud General y peores puntuaciones en Salud física (Dolencias) que el personal sanitario de AP.*

**Hipótesis 3.2.** *Personal sanitario de AE obtendrá peores puntuaciones en Satisfacción Personal y Satisfacción con la vida que el personal sanitario de AP.*

**Hipótesis 3.3.** *Los profesionales sanitarios varones tendrán mejores puntuaciones en Satisfacción Personal y Satisfacción con la vida que las profesionales sanitarias mujeres.*

**Hipótesis 3.4.** *Los profesionales de AE utilizarán modos de afrontamiento enfocados en el problema frente a los profesionales de AP.*

**Hipótesis 3.5.** *Personal sanitario de AE obtendrá peores puntuaciones en Expansión y Extraversión que el personal sanitario de AP.*

En primer lugar se realizará un análisis de varianza (*ANOVA*) considerando la actividad sanitaria y el sexo como factores de agrupación y la salud física (Consumo de sustancias y Dolencias) como variables dependientes. En segundo lugar, se realizará un análisis de varianza (*ANOVA*) considerando la actividad sanitaria y el sexo como factores y la salud psicológica (SF-36, Satisfacción personal y Satisfacción vital e indicadores de rol de género) y la personalidad (Brief-COPE y MIPS) como variables dependientes. Esta estructura se seguirá para las distintas variables mencionadas. En cada uno de estos análisis se controlará el efecto de la edad.

### **6.3.1 – Diferencias en salud física según actividad sanitaria y sexo**

Previo a analizar las diferencias en salud física según actividad sanitaria y sexo, se realizaron análisis descriptivos para la variable de salud física (consumo de sustancias y dolencias). Posteriormente se realizará un análisis de varianza (*ANOVA*) considerando la actividad sanitaria y el sexo como factores y la salud física (consumo de sustancias y dolencias físicas) como variable dependiente.

#### **6.3.1.1 – Diferencias en salud física (Consumo de sustancias y Dolencias) según actividad sanitaria**

Se han organizado los resultados en varios sub-apartados: consumo de sustancias y dolencias físicas.

### 6.3.1.1.1 – Consumo de sustancias

Con respecto al **consumo de alcohol**, se dividió la muestra entre los que no consumían (los que contestaron nunca habían consumido alcohol) que fueron un 25.6% y los que consumían (el resto de la muestra) que fueron el 74.4%, como se indica en la tabla 6.23. No se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de consumo de alcohol entre los profesionales de Atención Especializada y los profesionales de Atención Primaria ( $\chi^2 = 0.253$ ;  $gl = 1$ ;  $p = 0.366$ ).

Tabla 6.23: Frecuencias y porcentajes de consumo de alcohol según Atención Especializada (AE) y Atención Primaria (AP).

	AE		AP		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>No consume</b>	30	27.0%	24	24.0%	54	25.6%
<b>Consume</b>	81	73.0%	76	76.0%	157	74.4%
<b>Total</b>	111	100%	100	100%	211	100%

Con respecto al **consumo de cigarrillos**, el 83.8% de la muestra de profesionales sanitarios de AE no había consumido tabaco nunca en los últimos 6 meses, mientras que el 16.2% consumían. El 74.0% de la muestra de profesionales sanitarios de AP no había consumido tabaco nunca en los últimos 6 meses, mientras que el 26.0% consumían, como se indica en la tabla 6.24. Debido a que los profesionales de AP presentaron una mayor tendencia a consumir más tabaco, se calcularon las diferencias en los porcentajes de consumo de cigarrillos entre profesionales de AE y AP. Se encontraron diferencias casi significativas en el porcentaje de consumo de tabaco entre los profesionales de Atención Especializada y los profesionales de Atención Primaria ( $\chi^2 = 3.051$ ;  $gl = 1$ ;  $p = 0.057$ ).

Tabla 6.24: Frecuencias y porcentajes de consumo de tabaco según actividad sanitaria.

	AE		AP		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No consume	93	83.8%	74	74.0%	167	79.1%
Consume	18	16.2%	26	26.0%	44	20.9%
Total	111	100%	100	100%	211	100%

Con respecto al **consumo de fármacos**, el 29.7% de la muestra de profesionales sanitarios de AE no había consumido fármacos nunca en los últimos 6 meses, mientras que el 70.3% consumían. El 43.0% de la muestra de profesionales sanitarios de AP no había consumido fármacos nunca en los últimos 6 meses, mientras que el 57.0% consumían, ver tabla 6.25. Debido a que los profesionales de AE presentaron una mayor tendencia a consumir más fármacos, se calcularon las diferencias en los porcentajes de consumo de fármacos entre profesionales de AE y AP. Existieron diferencias significativas en el porcentaje de consumo de fármacos entre los profesionales de Atención Especializada y los profesionales de Atención Primaria ( $\chi^2 = 4.020$ ; gl = 1;  $p = 0.031$ ).

Tabla 6.25: Frecuencias y porcentajes de consumo de fármacos según actividad sanitaria.

	AE		AP		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No consume	33	29.7%	44	43.0%	76	36.0%
Consume	78	70.3%	57	57.0%	135	64.0%
Total	111	100%	100	100%	211	100%

Con respecto al **consumo de psicofármacos**, se dividió la muestra entre los que no consumían (los que contestaron nunca habían consumido psicofármacos) que fueron

un 81.0% y los que consumían (el resto de la muestra) que fueron el 19.0%, como se indica en la tabla 6.26. No se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de consumo de psicofármacos entre los profesionales de Atención Especializada y los profesionales de Atención Primaria ( $\chi^2 = 0.000$ ; gl = 1;  $p = 0.563$ ).

Tabla 6.26: Frecuencias y porcentajes de consumo de psicofármacos según actividad sanitaria.

	AE		AP		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No consume	90	81.1%	81	81.0%	171	81.0%
Consume	21	18.9%	19	19.0%	40	19.0%
Total	111	100%	100	100%	211	100%

#### 6.3.1.1.2 – Dolencias físicas

Respecto a la variable dolencias físicas, se sumaron las puntuaciones en cada una de las 10 dolencias (mareos, dolor de cabeza, dolor de espalda, dolores de piernas, otros dolores, náuseas, cansancio, problemas respiratorios, problemas digestivos y otro tipo de problemas no especificado) para generar una puntuación total de dolencias. Como el examen de la distribución de frecuencias arrojó una asimetría positiva  $S = 5.82$ ; se atenuó tal sesgo aplicando una transformación raíz cuadrada ( $S = 2.4$ ). Al atenuarse la asimetría y tras el examen gráfico de la distribución, se calculó un *ANCOVA* para estudiar la relación en actividad sanitaria, sexo y dolencias. Se controló el posible efecto de la edad, incluyéndola como covariable en el análisis. El *ANOVA* indicó diferencias según sexo en **Dolencias físicas**,  $F(1,206) = 8.35$ ,  $p < 0.01$ ,  $\eta^2_p = 0.039$ . El efecto de la actividad sanitaria no fue significativo respecto a las dolencias. El

efecto de la interacción entre actividad sanitaria <sup>x</sup> sexo en **Dolencias físicas**, fue significativo  $F(1,206) = 5.79, p < 0.01, \eta^2_p = 0.027$ . Los resultados indicaron que eran las mujeres ( $M = 4.70, DT = 3.49$ ) las que presentaron mayor puntuación en dolencias físicas que los sanitarios varones ( $M = 3.02, DT = 2.83$ ). Con respecto a la interacción entre actividad sanitaria <sup>x</sup> sexo los resultados indicaron que las diferencias eran mayores en mujeres de AE (diferencia de medias = 3.04) que en AP (diferencia de medias = 0.27), véase gráfico 6.11.

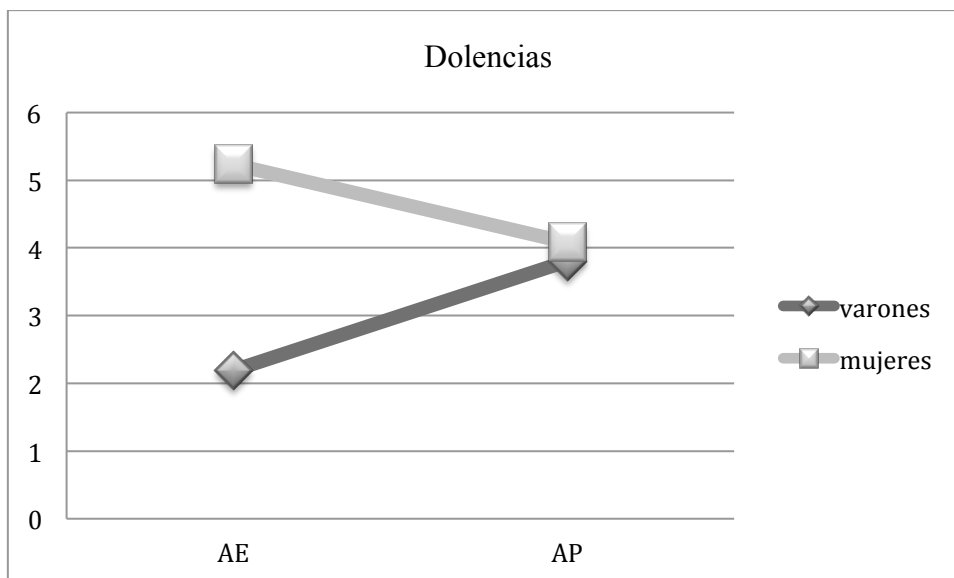


Gráfico 6.11: Dolencias (salud física) según actividad sanitaria (AE/AP) y sexo



A continuación, la tabla 6.27, muestra las medias y desviaciones típicas para Dolencias físicas según actividad sanitaria (AE/AP) y sexo.

Tabla 6.27: Medias y desviaciones típicas para dolencias, según actividad sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP) y sexo

AE				AP		Total			
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>
Varón	2.19	2.08	21	3.81	3.24	22	3.02	2.83	43
Mujer	<b>5.23</b>	3.52	90	4.08	3.37	78	4.70	3.49	168
Total	4.65	3.50	111	4.03	3.33	100	4.36	3.43	211

Nota: en negrita, diferencias significativas

En resumen, las mujeres de la muestra manifestaban más dolencias que sus compañeros varones, siendo esta diferencia mayor en AE. Las sanitarias mujeres consumían más fármacos que sus compañeros varones, además los profesionales sanitarios de AE consumían más fármacos que los profesionales sanitarios de AP. Los profesionales sanitarios de AP consumían más tabaco que los profesionales sanitarios de AE.

Resumen esquemático de los resultados :

SALUD FÍSICA	SEXO	AE/AP	SEXO <sup>x</sup> AE/AP
Consumo de sustancias (ALCOHOL)			
Consumo de sustancias (TABACO)		AP	
Consumo de sustancias (FÁRMACOS)	M	AE	
Consumo de sustancias (PSICOFÁRMACOS)			
DOLENCIAS	M		M <sub>AE</sub>

### 6.3.2– Diferencias en salud psicológica según actividad sanitaria.

La salud psicológica fue evaluada por varios instrumentos: el cuestionario (*SF-36*), la satisfacción personal (*Satisfacción familiar, laboral y global*) y Satisfacción con la vida (*SWSL*). Se realizó un análisis de covarianza (*ANCOVA*), para analizar si existían diferencias según actividad sanitaria y sexo en la salud psicológica, considerando la actividad sanitaria y el sexo como factores y el *SF-36*, la *Satisfacción Personal* y el *SWSL* como variables dependientes. Se controló el efecto de la edad.

#### 6.3.2.1 – Diferencias en SF-36 según actividad sanitaria

Se estudiaron los posibles efectos sobre la actividad sanitaria y el sexo en la salud percibida con el cuestionario *SF-36*. El *ANCOVA* encontró diferencias según actividad sanitaria, en la escala de **Salud General**,  $F(1,205) = 4.20$ ,  $p < 0.042$ ,  $\eta^2_p = 0.020$ . Los resultados indicaron que los profesionales sanitarios de AE ( $M = 76.76$ ,  $DT = 16.86$ ) mostraron mejor **Salud General** que los profesionales sanitarios de AP ( $M = 71.73$ ,  $DT = 18.09$ ). Con respecto al sexo, como se indicó en el objetivo 2 apartado 6.2.2.1 al analizar las diferencias de edad y sexo, los profesionales sanitarios varones ( $M = 72.32$ ,  $DT = 17.29$ ) obtuvieron mayor puntuación en **Vitalidad** que sus compañeras mujeres ( $M = 65.93$ ,  $DT = 16.08$ ). En cuanto a **Salud Mental** también fueron los varones ( $M = 79.81$ ,  $DT = 14.60$ ) los que obtuvieron mayores puntuaciones que las mujeres ( $M = 74.19$ ,  $DT = 15.94$ ). En la escala de **Función Física** los varones ( $M = 96.74$ ,  $DT = 5.55$ ) obtuvieron mayores puntuaciones que las mujeres ( $M = 93.37$ ,  $DT = 10.73$ ). El efecto de la interacción entre actividad sanitaria  $\times$  sexo no fue significativo en el *SF-36*.

La tabla 6.28 muestra las medias y desviaciones típicas para el *SF-36* según actividad sanitaria y sexo.

Tabla 6.28: Medias y desviaciones típicas de salud SF-36 según actividad sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP) y sexo.

SF-36 Sexo		AE			AP			Total		
		M	DT	N	M	DT	N	M	DT	N
1. Rol físico	varón	94.05	22.23	21	86.36	30.60	22	90.12	26.80	43
	mujer	85.56	28.29	90	87.17	26.30	76	86.30	27.32	166
	Total	87.16	27.36	111	86.99	27.16	98	87.08	27.20	209
2. Función física	varón	98.33	3.29	21	95.23	6.81	22	<b>96.74</b>	5.55	43
	mujer	94.06	9.74	90	92.57	11.82	76	<b>93.37</b>	10.73	166
	Total	94.86	9.03	111	93.16	10.92	98	94.07	9.97	209
3. Salud general	varón	82.38	11.14	21	72.50	20.16	22	77.33	16.95	43
	mujer	75.44	17.73	90	71.51	17.59	76	73.64	17.72	166
	Total	<b>76.76</b>	16.86	111	<b>71.73</b>	18.09	98	74.40	17.59	209
4. Dolor cuerpo	varón	16.67	24.85	21	17.84	14.85	22	17.27	20.12	43
	mujer	23.19	17.51	90	16.84	15.39	76	20.29	16.82	166
	Total	21.96	19.15	111	17.07	15.20	98	19.67	17.54	209
5. Vitalidad	varón	71.90	20.52	21	72.73	14.03	22	<b>72.32</b>	17.29	43
	mujer	64.44	16.41	90	67.70	15.61	76	<b>65.93</b>	16.08	166
	Total	65.86	17.41	111	68.83	15.34	98	67.25	16.50	209
6. Función social	varón	10.71	19.07	21	5.11	10.68	22	7.85	15.44	43
	mujer	11.53	16.25	90	14.64	19.73	76	12.95	17.94	166
	Total	11.37	16.73	111	12.50	18.48	98	11.90	17.54	209
7. Rol emocional	varón	15.87	32.69	21	10.61	27.96	22	13.18	30.11	43
	mujer	10.37	26.27	90	10.96	23.97	76	10.64	25.17	166
	Total	11.41	27.52	111	10.88	24.77	98	11.16	26.21	209
8. Salud mental	varón	80.00	16.25	21	79.64	13.23	22	<b>79.81</b>	14.60	43
	mujer	74.67	15.42	90	73.63	16.63	76	<b>74.19</b>	15.94	166
	Total	75.68	15.64	111	74.98	16.06	98	75.35	15.81	209

Nota = \*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001; n AE = 111; n AP = 100

Nota: en negrita, diferencias significativas.

En resumen, en cuanto a actividad sanitaria, los profesionales sanitarios de AE valoraron su salud actual y futura de manera más positiva que los profesionales sanitarios de AP. Sin embargo consumen mayor número de fármacos que los sanitarios

de AP. En cuanto al consumo de tabaco, son los profesionales de AP los que consumen más tabaco que los sanitarios de AE. En cuanto al sexo, (véase apartado 6.2.2.1), los profesionales sanitarios varones manifiestan presentar mayor salud para desarrollar las actividades físicas realizando esfuerzos moderados e intensos, mayor energía y vitalidad que sus compañeras mujeres. Además los varones puntúan más alto en salud mental que las mujeres. Por último son las mujeres sanitarias en general las que consumen más fármacos y manifiestan más dolencias, siendo las sanitarias de AE en particular las que presentan mayor número de dolencias.

Resumen esquemático de los resultados:

		SEXO	AE/AP	SEXO <sup>x</sup> AE/AP
<b>SALUD PSICOLÓGICA</b>				
<b>SF-36</b>				
<b><i>Componente Físico</i></b>				
	Rol Físico			
	Función Física	V		
	Salud General		AE	
	Dolor cuerpo			
	Vitalidad	V		
<b><i>Componente Mental</i></b>				
	Salud Mental	V		
	Función Social			
	Rol Emocional			
	.....Salud Mental			

Por tanto, se rechaza la hipótesis 3.1 (*Personal sanitario de AE obtendrá peores puntuaciones en Salud General y peores puntuaciones en Salud física (consumo y dolencias) que el personal sanitario de AP*). Los resultados obtenidos indican que sanitarios de AE obtienen una mayor puntuación en Salud General, pero consumen más fármacos que los sanitarios de AP.

### 6.3.2.2 – Diferencias en satisfacción personal según actividad sanitaria

Se estudiaron los posibles efectos de la actividad sanitaria y el sexo respecto a la satisfacción laboral, familiar y global.

No se encontraron diferencias significativas según actividad sanitaria en ninguna de las escalas de satisfacción. Respecto al efecto del sexo, no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las escalas. Respecto al efecto de la interacción actividad sanitaria x sexo, el *ANOVA* encontró diferencias en la escala de **Satisfacción laboral**,  $F(1.205) = 4.30, p < 0.005, \eta^2_p = 0.020$  y la escala de **Satisfacción global**,  $F(1.205) = 4.56, p < 0.005, \eta^2_p = 0.022$ .

En cuanto a la interacción actividad sanitaria x sexo, los resultados indicaron que los profesionales sanitarios varones de AE ( $M = 7.76, DT = 1.58$ ) y las profesionales sanitarias mujeres de AP ( $M = 7.29, DT = 1.44$ ) obtuvieron una mayor puntuación en Satisfacción laboral. En cuanto a la Satisfacción global fueron los profesionales sanitarios varones de AE ( $M = 8.29, DT = 1.10$ ) y las profesionales sanitarias mujeres de AP ( $M = 7.97, DT = 1.18$ ) los que obtuvieron una mayor puntuación. La tabla 6.29 muestra las medias y desviaciones típicas para cada una de las tres escalas de satisfacción según actividad sanitaria y sexo.

Tabla 6.29: Medias y desviaciones típicas de salud Satisfacción Personal según actividad sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP) y sexo.

		AE			AP			Total		
Sexo		M	DT	N	M	DT	N	M	DT	N
1. Satisfacción familiar	varón	8.48	1.47	21	8.27	1.61	22	8.37	1.53	43
	mujer	8.42	1.49	90	8.38	1.26	78	8.40	1.39	168
	Total	8.43	1.48	111	8.36	1.34	100	8.40	1.41	211
2. Satisfacción laboral	varón	<b>7.76</b>	1.58	21	6.86	1.91	22	7.30	1.79	43
	mujer	7.04	1.65	90	<b>7.29</b>	1.44	78	7.16	1.56	168
	Total	7.18	1.65	111	7.20	1.56	100	7.19	1.60	211
3. Satisfacción global	varón	<b>8.29</b>	1.10	21	7.77	1.38	22	8.02	1.26	43
	mujer	7.57	1.29	90	<b>7.97</b>	1.18	78	7.76	1.25	168
	Total	7.70	1.28	111	7.93	1.22	100	7.81	1.26	211

Nota = \*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001; n AE = 111; n AP = 100; Nota: en negrita, diferencias significativas

La distribución de la Satisfacción laboral según actividad sanitaria y sexo se representa en el gráfico 6.12.

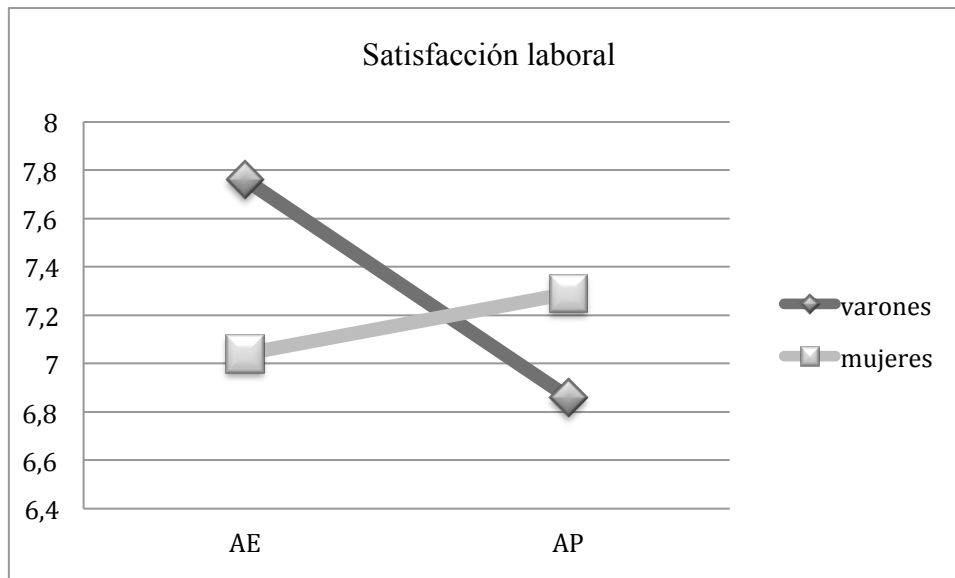


Gráfico 6.12: Satisfacción laboral según actividad sanitaria y sexo.

La distribución de la Satisfacción global según actividad sanitaria y sexo se representa en el gráfico 6.13.

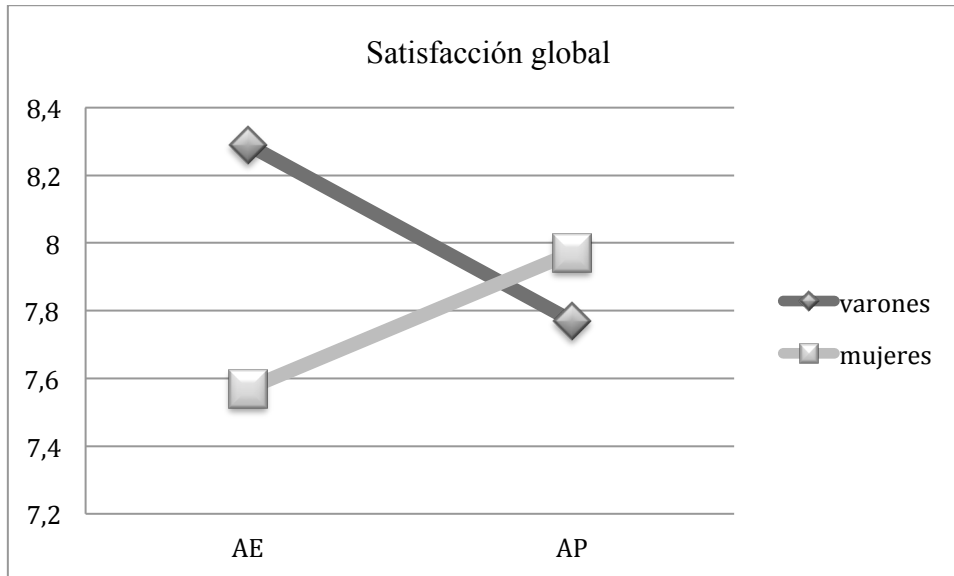


Gráfico 6.13: Satisfacción global según actividad sanitaria y sexo

En resumen, los profesionales sanitarios varones de AE y las profesionales sanitarias mujeres de AP manifestaron mejor Satisfacción laboral y Satisfacción global que las profesionales sanitarias mujeres de AE y los profesionales sanitarios varones de AP.

### 6.3.2.3 – Diferencias en Satisfacción vital (SWLS) según actividad sanitaria

Se estudiaron los posibles efectos de la actividad sanitaria y el sexo sobre la escala de Satisfacción vital (*SWLS*). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a actividad sanitaria y Satisfacción vital. Respecto al efecto del sexo, no se encontraron diferencias significativas. Respecto al efecto de la interacción actividad sanitaria x sexo, el *ANOVA* encontró diferencias en la escala de **Satisfacción con la vida**,  $F(1.205) = 5.62, p < 0.019, \eta^2_p = 0.027$ .

En cuanto a la interacción actividad sanitaria <sup>x</sup> sexo, los resultados indicaron que los profesionales sanitarios varones de AE (M = 5.69, DT = 0.74) y las mujeres profesionales sanitarias de AP (M = 5.28, DT = 1.05) obtuvieron mayores puntuaciones en Satisfacción con la vida. La tabla 6.30 muestra las medias y desviaciones típicas para la escala de *Satisfacción con la vida (SWLS)* según actividad sanitaria y sexo.

Tabla 6.30: Medias y desviaciones típicas en Satisfacción con la vida (SWSL) según actividad sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP) y sexo.

SWLS	AE			AP			Total		
sexo	M	DT	N	M	MD	N	M	DT	N
varón	<b>5.69</b>	0.74	21	5.02	1.19	22	5.34	1.04	43
mujer	5.11	1.03	90	<b>5.28</b>	1.05	78	5.19	1.04	168
Total	5.22	1.01	111	5.22	1.08	100	5.22	1.04	211

Nota = \*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001; n AE = 111; n AP = 100; Nota: en negrita, diferencias significativas

En primer lugar, se calcularon las diferencias en Satisfacción con la vida (SWSL) según actividad sanitaria y sexo. La distribución de la satisfacción por áreas vitales según actividad sanitaria y sexo se representa en el gráfico 6.14.



Gráfico 6.14: Satisfacción por áreas vitales según actividad sanitaria y sexo



En resumen, los profesionales varones sanitarios de AE y los profesionales sanitarios mujeres de AP manifestaron mayor Satisfacción con la vida que sus compañeras mujeres de AE y los varones de AP.

Resumen esquemático de los resultados:

	SEXO	AE/AP	SEXO <sup>X</sup> AE/AP
<b>SATISFACCIÓN PERSONAL</b>			
Satisfacción familiar			
Satisfacción laboral			$V_{AE}^X M_{AP}$
Satisfacción global			$V_{AE}^X M_{AP}$
<b>SATISFACCIÓN VITAL</b>			$V_{AE}^X M_{AP}$

Nota: Sexo: V (Varones); M (Mujeres). Edad: JV (Jóvenes); ME (Mediana edad)

Se rechaza la hipótesis 3.2. (*Personal sanitario de AE obtendrá peores puntuaciones en Satisfacción Personal y Satisfacción con la vida que el personal sanitario de AP*). Los sanitarios varones de AE y las sanitarias mujeres de AP puntúan alto en Satisfacción Personal (Satisfacción laboral y satisfacción global) y Satisfacción con la vida.

No se confirma la hipótesis 3.3. (*Los profesionales sanitarios varones tendrán mejores puntuaciones en Satisfacción Personal y Satisfacción con la vida que los profesionales sanitario mujeres*). La mayor satisfacción laboral, global y con la vida de los varones, sólo se da en AE.

#### **6.3.2.4 – Diferencias en los Indicadores de roles de género según actividad sanitaria y sexo**

Tras analizar las diferencias en salud psicológica (*SF-36*), la satisfacción personal (*Satisfacción familiar, laboral y global*) y Satisfacción con la vida (*SWSL*) según actividad sanitaria y sexo, se procede en primer lugar a describir los estadísticos descriptivos de los Indicadores de roles de género. En segundo lugar, se realizará un análisis de varianza (*ANOVA*) considerando la actividad sanitaria y el sexo como factores y los Indicadores de roles de género como variables dependientes. Esta estructura se seguirá para las distintas variables mencionadas.

##### **6.3.2.4.1 – Indicadores de roles de género**

La variable horas dedicadas al cuidado del hogar mostró una fuerte asimetría positiva ( $S = 13.3$ ) que fue atenuada mediante la transformación raíz cuadrada ( $S = 4.7$ ). La distribución mostró una asimetría = 2.25, y una curtosis = 9.19. La media obtenida en la escala de número de horas semanales dedicadas al hogar fue de 16.84, ( $DT = 12.89$ ; rango 2.00-100.00). Dado el examen gráfico de la distribución de frecuencias junto con la atenuación del sesgo, se incluyó esta variable en los análisis de varianza posteriores para analizar las diferencias según tipo de actividad sanitaria. La tabla 6.31 muestra los estadísticos descriptivos de número de horas dedicadas al hogar y al cuidado de los hijos y la implicación de los cónyuges.

Tabla 6.31: Estadísticos descriptivos de los Indicadores de roles de género.

	Mínimo	Máximo	Media	DT	Asimetría	Curtosis
Número de horas dedicadas al hogar	2.00	100.00	16.84	12.89	13.361	9.191
Número de horas dedicadas al hogar transformadas	1.41	10.00	3.85	1.41	4.729	1.226
Número de horas dedicadas a los hijos	0.00	70.00	22.51	16.06	2.768	-0.101
Implicación del cónyuge en el hogar	0.00	14.00	7.23	3.24	-1.216	-0.549
Implicación del cónyuge con los hijos	0.00	21.00	7.67	3.08	1.572	2.794

El número de Horas dedicadas al hogar y al cuidado de los hijos fueron considerados Indicadores de roles de género. Se realizó un *ANCOVA* (covariable edad) considerando el tipo de actividad sanitaria, y sexo como factores, y los Indicadores de roles de género (número de Horas dedicadas al hogar, número de Horas dedicadas a los hijos, Implicación del cónyuge con el cuidado del hogar y la Implicación del cónyuge con el cuidado de los hijos) como variables dependientes. Con respecto al sexo, como se indicó en el apartado 6.2.2.3.1 al analizar las diferencias de edad y sexo se encontraron diferencias en el número de **Horas dedicadas al hogar**,  $F(1,203) = 5.59$ ,  $p < 0.01$ ,  $\eta^2_p = 0.027$ . Los resultados indicaron que los profesionales sanitarios mujeres ( $M = 17.54$ ,  $DT = 11.75$ ) presentaron mayor puntuación que los sanitarios varones ( $M = 14.09$ ,  $DT = 16.54$ ). El efecto de la actividad sanitaria (AE/AP) no fue significativo respecto al número de horas dedicadas al hogar. El efecto de la interacción entre actividad sanitaria x sexo no fue significativo en cuanto al número de horas dedicadas al hogar. La tabla 6.32 muestra las medias y desviaciones típicas para Horas dedicadas al hogar según actividad sanitaria y sexo.

Tabla 6.32: Medias y desviaciones típicas para Horas dedicadas al hogar, según actividad sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP) y sexo

	Varón			Mujer			Total		
	M	DT	N	M	DT	N	M	DT	N
AE	15.23	20.40	21	<b>18.82</b>	12.74	88	18.13	14.51	109
AP	12.95	11.77	21	16.09	10.48	78	15.42	10.73	99
Total	<b>14.09</b>	16.54	42	<b>17.54</b>	11.75	166	16.84	12.89	208

N = 211; Nota: en negrita, diferencias significativas

Se encontraron diferencias según actividad sanitaria en número de **Horas dedicadas a los hijos**,  $F(1,98) = 9.30, p < 0.001, \eta^2_p = 0.087$ . Los resultados indicaron que los profesionales sanitarios de AE (M = 27.65, DT = 13.87) obtuvieron mayor puntuación en Horas dedicadas a los hijos que los profesionales de AP (M = 17.27, DT = 16.57). En cuanto al efecto del sexo no fue significativo respecto al número de horas dedicadas a los hijos. El efecto de la interacción entre actividad sanitaria x sexo no fue significativo en cuanto al número de horas dedicadas a los hijos. La tabla 6.33 muestra las medias y desviaciones típicas para el número de horas dedicadas a los hijos según actividad sanitaria y sexo.

Tabla 6.33: Medias y desviaciones típicas para número de Horas dedicadas a los hijos, según actividad sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP) y sexo

	Varón			Mujer			Total		
	M	DT	N	M	DT	N	M	DT	N
AE	27.11	11.46	9	27.76	14.43	43	<b>27.65</b>	13.87	52
AP	10.58	10.13	12	19.33	17.70	39	<b>17.27</b>	16.57	51
Total	17.68	13.38	21	23.75	16.52	82	22.51	16.06	103

N = 211; Nota: en negrita, diferencias significativas

Con respecto al sexo, como se indicó en el apartado 6.2.2.3.1 se encontraron diferencias en la **Implicación del cónyuge en las tareas del hogar**,  $F(1,143) = 14.64$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta^2_p = 0.093$ . Los resultados indicaron que eran los varones ( $M = 8.91$ ,  $DT = 2.52$ ) los que obtuvieron mayor puntuación que las mujeres de la muestra ( $M = 6.70$ ,  $DT = 3.27$ ). El efecto de la actividad sanitaria (AE/AP) no fue significativo respecto a la implicación del cónyuge en las tareas del hogar. El efecto de la interacción entre actividad sanitaria  $\times$  sexo tampoco fue significativo en la implicación del cónyuge en las tareas del hogar. La tabla 6.34 muestra las medias y desviaciones típicas para Implicación del cónyuge en las tareas del hogar según actividad sanitaria y sexo.

Tabla 6.34: Medias y desviaciones típicas para Implicación del cónyuge en las tareas del hogar, según actividad sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP) y sexo.

	Varón			Mujer			Total		
	M	DT	N	M	DT	N	M	DT	N
AE	8.77	2.71	18	7.47	3.42	65	7.79	3.29	73
AP	9.05	2.38	17	5.98	2.98	58	6.68	3.12	75
Total	<b>8.91</b>	2.52	35	<b>6.70</b>	3.27	113	7.23	3.24	148

N = 208; Nota: en negrita, diferencias significativas

En cuanto al sexo, (ver apartado 6.2.2.3.1) al analizar las diferencias de edad y sexo se encontraron diferencias según en la **Implicación del cónyuge en el cuidado de los hijos**,  $F(1,103) = 8.924$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta^2_p = 0.080$ . Los resultados indicaron que los varones ( $M = 9.20$ ,  $DT = 3.02$ ) presentaron mayor puntuación que las mujeres ( $M = 7.21$ ,  $DT = 2.96$ ), los varones informaron de que sus cónyuges, mujeres, dedican más horas al cuidado de los hijos. El efecto de la actividad sanitaria (AE/AP) no fue significativo respecto a la Implicación del cónyuge en el cuidado de los hijos. El efecto de la interacción entre actividad sanitaria  $\times$  sexo no fue significativo en la Implicación

del cónyuge en el cuidado de los hijos. La tabla 6.35 muestra las medias y desviaciones típicas para Implicación del cónyuge en el cuidado de los hijos según actividad sanitaria y sexo.

Tabla 6.35: Medias y desviaciones típicas para Implicación del cónyuge en el cuidados de los hijos, según actividad sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP) y sexo

	Varón			Mujer			Total		
	M	DT	N	M	DT	N	M	DT	N
AE	9.46	4.07	13	7.57	2.73	49	7.96	3.12	62
AP	8.91	1.13	12	6.70	3.25	34	7.28	3.02	46
Total	<b>9.20</b>	3.02	25	<b>7.21</b>	2.96	83	7.67	3.08	108

N = 208; Nota: en negrita, diferencias significativas

En resumen, fueron la mujeres las que dedican más horas a las tareas del hogar frente a los varones. Además los varones de la muestra manifiestan mayor implicación del cónyuge en las tareas del hogar y el cuidado de los hijos; son los varones los que informan de que sus cónyuges, son las que dedican más horas (implicación del cónyuge) al cuidado del hogar y al cuidado de los hijos. En cuanto a la actividad sanitaria (AE/AP) son los profesionales sanitarios de AE, tanto varones como mujeres los que dedican más horas al cuidado de los hijos que los profesionales sanitarios de AP.

Resumen esquemático de los resultados :

	SEXO	AE/AP	SEXO <sup>x</sup> AE/AP
<b>Horas Hogar</b>	M		
<b>Horas Hijos</b>		AE	
<b>Implicación cónyuge Hogar</b>	V		
<b>Implicación cónyuge Hijos</b>	V		

Nota: Actividad Sanitaria: AE (Atención Especializada); AP (Atención Primaria).  
Sexo: V (Varones); M (Mujeres)

### 6.3.3 - Diferencias en personalidad según tipo de actividad sanitaria y sexo

Se procedió en primer lugar a describir los estadísticos descriptivos. En segundo lugar, se realizó un análisis de varianza (*ANOVA*) considerando la actividad sanitaria y el sexo como factores, los estilos de personalidad (MIPS) y el afrontamiento (Brief-COPE) como variables dependientes.

#### 6.3.3.1– Diferencias en estilos de afrontamiento según actividad sanitaria

Se estudiaron los posibles efectos de la actividad sanitaria y el sexo en los estilos de afrontamiento (*Brief-COPE*). Se incluyó el sexo de nuevo para analizar su posible interacción con la actividad sanitaria, aunque los resultados coincidirán con los anteriores del objetivo 2 de esta tesis (véase apartado 6.2.3.1 sobre las diferencias de edad y sexo). El *ANOVA* encontró diferencias según actividad sanitaria, en la escala de **Apoyo Emocional**,  $F(1,207) = 5.63, p < 0.019, \eta^2_p = 0.027$ ; en la escala **Descarga Emocional**,  $F(1,207) = 6.12, p < 0.014, \eta^2_p = 0.029$ , y en la escala de **Planificación**,  $F(1,207) = 4.58, p < 0.033, \eta^2_p = 0.022$ . Tal y como se describió anteriormente, se encontraron diferencias según sexo en las escalas de **Negación** y **Religión**. Aparecieron diferencias con tendencia a la significación en la interacción actividad sanitaria  $\times$  sexo en la escala de **Reinterpretación Positiva**,  $F(1,207) = 3.56, p < 0.060, \eta^2_p = 0.017$ .

Los resultados indicaron que los profesionales sanitarios de AP obtuvieron mayor puntuación en la escala de **Apoyo Emocional** ( $M = 6.53, DT = 1.59$ ) que los profesionales sanitarios de AE ( $M = 6.00, DT = 1.78$ ); en la escala de **Descarga Emocional** los sanitarios de AP ( $M = 5.34, DT = 1.43$ ) obtuvieron mayor puntuación que los sanitarios de AE ( $M = 4.79, DT = 1.44$ ) y por último en la escala de

**Planificación**, los sanitarios de AP (M = 6.52, DT = 1.39) obtuvieron mayor puntuación que los sanitarios de AE (M = 6.01, DT = 1.48).

En cuanto a la interacción actividad sanitaria <sup>x</sup> sexo se encontró una tendencia a la significación en la escala de **Reinterpretación Positiva**, siendo los profesionales varones de AE ( M = 5.62, DT = 1.53) y las profesionales mujeres de AP ( M = 6.03, DT = 1.38), los que puntúan más alto que las profesionales mujeres de AE ( M = 5.49, DT = 1.49), y que los sanitarios varones de AP ( M = 5.23, DT = 1.41). La tabla 6.36 muestra las medias y desviaciones típicas de afrontamiento Brief-COPE según actividad sanitaria y sexo.

Tabla 6.36: Medias y desviaciones típicas de estilos de afrontamiento BRIEF-COPE según actividad sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP) y sexo.

Sexo		AE			AP			Total		
		M	DT	N	M	DT	N	M	DT	N
1. Autodistracción	Varón	5.14	1.42	21	5.18	1.26	22	5.16	1.33	43
	mujer	5.37	1.62	90	5.64	1.60	78	5.49	1.61	168
	Total	5.32	1.58	111	5.54	1.53	100	5.43	1.56	211
2. Afrontamiento activo	varón	6.71	1.55	21	6.77	1.15	22	6.74	1.35	43
	mujer	6.58	1.51	90	7.12	1.21	78	6.83	1.40	168
	Total	6.60	1.51	111	7.04	1.20	100	6.81	1.38	211
3. Negación	varón	2.62	1.28	21	2.95	1.36	22	<b>2.79</b>	1.31	43
	mujer	3.60	1.69	90	3.51	1.63	78	<b>3.55</b>	1.65	168
	Total	3.41	1.66	111	3.39	1.58	100	3.40	1.62	211
4. Consumo sustancias	varón	2.24	0.89	21	2.32	0.78	22	2.28	0.83	43
	mujer	2.21	0.68	90	2.46	1.14	78	2.33	0.93	168
	Total	2.22	0.72	111	2.43	1.07	100	2.32	0.90	211
5. Apoyo emocional	varón	5.52	1.97	21	6.41	1.53	22	5.98	1.79	43
	mujer	6.11	1.73	90	6.56	1.62	78	6.32	1.69	168
	Total	<b>6.00</b>	1.78	111	<b>6.53</b>	1.59	100	6.25	1.71	211
6. Renuncia	varón	2.90	1.30	21	3.32	1.25	22	3.12	1.28	43
	mujer	3.17	1.60	90	3.29	1.60	78	3.23	1.60	168
	Total	3.12	1.55	111	3.30	1.52	100	3.20	1.53	211
7. Descarga emocional	varón	4.48	1.60	21	5.18	1.26	22	4.84	1.46	43
	mujer	4.87	1.41	90	5.38	1.49	78	5.11	1.46	168



	Total	<b>4.79</b>	1.45	111	<b>5.34</b>	1.44	100	5.05	1.46	211
8. Reinterpretación positiva	varón	<b>5.62</b>	1.53	21	5.23	1.41	22	5.42	1.47	43
	mujer	5.49	1.49	90	<b>6.03</b>	1.38	78	5.74	1.46	168
	Total	5.51	1.49	111	5.85	1.42	100	5.67	1.46	211
9. Planificación	varón	5.90	1.79	21	6.45	1.30	22	6.19	1.56	43
	mujer	6.03	1.41	90	6.54	1.42	78	6.27	1.43	168
	Total	<b>6.01</b>	1.48	111	<b>6.52</b>	1.39	100	6.25	1.46	211
10. Humor	varón	3.38	1.16	21	3.82	1.53	22	3.60	1.37	43
	mujer	3.41	1.40	90	3.72	1.31	78	3.55	1.36	168
	Total	3.41	1.35	111	3.74	1.35	100	3.56	1.36	211
11. Aceptación	varón	6.10	1.67	21	6.09	1.57	22	6.09	1.60	43
	mujer	5.81	1.54	90	6.27	1.63	78	6.02	1.59	168
	Total	5.86	1.56	111	6.23	1.61	100	6.04	1.59	211
12. Religión	varón	3.14	1.90	21	3.27	1.91	22	<b>3.20</b>	1.88	43
	mujer	3.93	2.07	90	4.01	2.12	78	<b>3.97</b>	2.08	168
	Total	3.78	2.05	111	3.85	2.09	100	3.82	2.06	211

Nota = \*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001; n AE = 111; n AP = 100; Nota: en negrita, diferencias significativas

Se calcularon las diferencias en afrontamiento (Brief-COPE) según actividad sanitaria.

La distribución de afrontamiento según actividad sanitaria se representa en el gráfico 6.15.

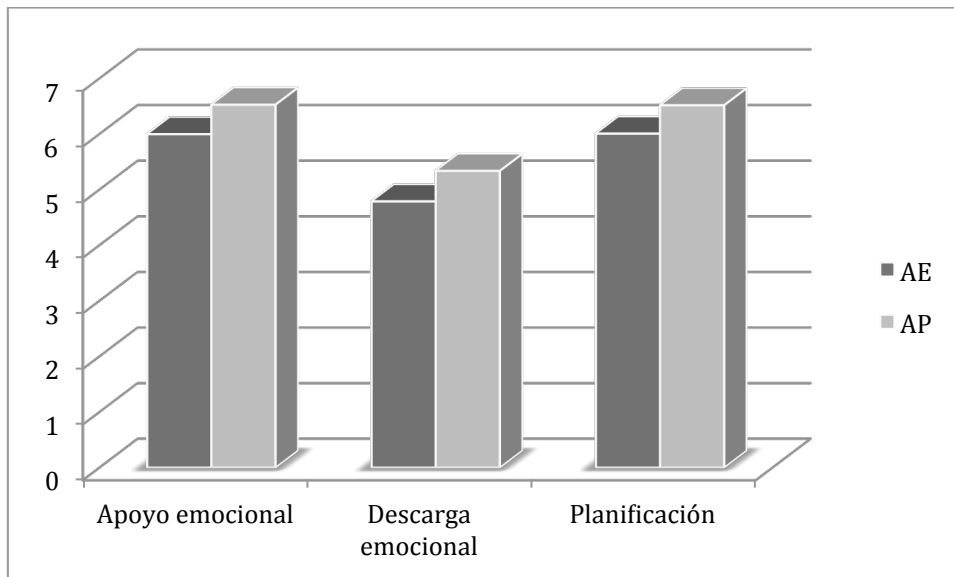


Gráfico 6.15: Escalas de Afrontamiento en las que se encontraron diferencias según actividad sanitaria.

En cuanto a actividad sanitaria <sup>x</sup> sexo, eran los profesionales sanitarios varones de AE y las profesionales sanitarias mujeres de AP los que utilizaban la Reinterpretación positiva como estilo de afrontamiento. La distribución de Reinterpretación positiva según actividad sanitaria y sexo se representa en el gráfico 6.16.

Gráfico 6.16: Reinterpretación positiva según actividad sanitaria.

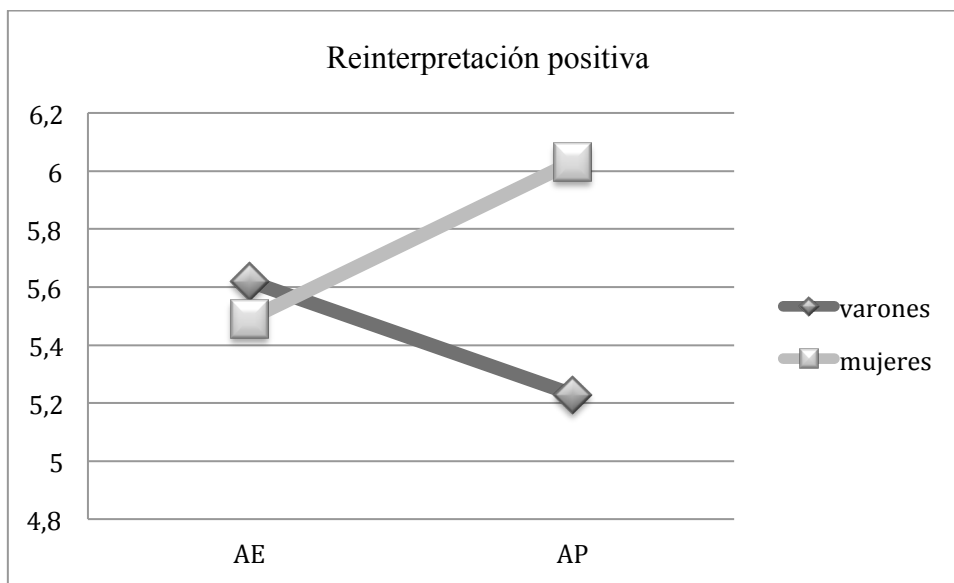


Gráfico 6.16: Reinterpretación positiva según actividad sanitaria.

En resumen, en cuanto a actividad sanitaria, los profesionales de AP utilizaban más el afrontamiento enfocado en el problema (**Planificación**) y afrontamiento enfocado a la emoción (**Apoyo Emocional y Descarga Emocional**) que el grupo de AE. Los profesionales sanitarios de AP planificaban y llevaban a cabo acciones, para eliminar o paliar el estresor, además buscaban apoyo en los demás y manifestaban su malestar emocional expresando sus sentimientos frente a los profesionales sanitarios de AE.

En cuanto al sexo (véase apartado 6.2.3.1), los profesionales sanitarios mujeres utilizaban en mayor medida estrategias de afrontamiento evitativo (**Negación y Religión**), que los varones; por lo que las mujeres intentaban rechazar la realidad y además encontraban mayor apoyo en la religión que los hombres, ante un agente estresor. Por último, en cuanto a la interacción actividad sanitaria <sup>x</sup> sexo, son los profesionales varones de AE y las profesionales sanitarias mujeres de AP los que utilizaban más el afrontamiento centrado en el problema (**Reinterpretación Positiva**), estos profesionales sanitarios veían la situación desde una perspectiva más favorable.

Resumen esquemático de los resultados:

		SEXO	AE/AP	SEXO <sup>x</sup> AE/AP
<b>BRIEF-COPE</b>				
	Autodistracción			
	Afrontamiento activo			
	Negación	M		
	Consumo			
	Apoyo emocional		AP	
	Renuncia			
	Descarga emocional		AP	
	Reinterpretación positiva			$V_{AE}^{x}M_{AP}$
	Planificación		AP	
	Humos			
	Aceptación			
	Religión	M		

No se confirma la Hipótesis 3.4. (*Los profesionales de AE utilizarán modos de afrontamiento enfocados en el problema frente a los profesionales de AP*). Son los profesionales sanitarios de AP los que utilizan modos de afrontamiento enfocados en el problema y afrontamiento enfocado en la emoción frente a los profesionales de AE.

### 6.3.3.2– Diferencias en estilos de personalidad según actividad sanitaria

Se estudiaron los posibles efectos de la actividad sanitaria y el sexo sobre los estilos de personalidad (*MIPS*). Con respecto al sexo, tal y como se describió anteriormente en el apartado 6.2.3.2 del objetivo 2, se encontraron diferencias en las escalas de **Protección**, **Pensamiento**, **Sentimiento** y en la escala de **Aquiescencia**. En cuanto a la actividad sanitaria no se encontraron diferencias significativas en ninguna escala del *MIPS*.

Aparecieron diferencias en la interacción actividad sanitaria  $\times$  sexo en el área de las Metas Motivacionales en las escalas de **Expansión**,  $F(1,207) = 9.34$ ,  $p < 0.003$ ,  $\eta^2_p = 0.043$  y **Preservación**  $F(1,207) = 6.53$ ,  $p < 0.011$ ,  $\eta^2_p = 0.031$ . En el área de los Modos Cognitivos, se encontraron diferencias en la interacción actividad  $\times$  sexo cercana a la significación, en la escala de **Innovación**,  $F(1,207) = 3.20$ ,  $p < 0.075$ ,  $\eta^2_p = 0.015$ . En el área de Conductas Interpersonales se encontraron diferencias en la interacción actividad  $\times$  sexo en la escala de **Sociabilidad**,  $F(1,207) = 4.11$ ,  $p < 0.044$ ,  $\eta^2_p = 0.020$ ; en la escala de **Indecisión**,  $F(1,207) = 6.64$ ,  $p < 0.011$ ,  $\eta^2_p = 0.031$ ; en la escala de **Decisión**,  $F(1,207) = 4.32$ ,  $p < 0.039$ ,  $\eta^2_p = 0.021$ ; en la escala de **Discrepancia**,  $F(1,207) = 3.94$ ,  $p < 0.048$ ,  $\eta^2_p = 0.019$  y la escala de **Sumisión**,  $F(1,207) = 4.80$ ,  $p < 0.029$ ,  $\eta^2_p = 0.023$ .

Con respecto al sexo, como se indicó anteriormente al analizar las diferencias de edad y sexo, en el apartado 6.2.3.2 del objetivo 2 en el área de Metas Motivacionales, en la escala de **Protección**, fueron los varones ( $M = 49.93$ ,  $DT = 7.80$ ) obtuvieron mayor puntuación que las mujeres ( $M = 45.96$ ,  $DT = 6.59$ ). En el área de los Modos Cognitivos, los resultados pusieron de manifiesto que en las escalas de **Pensamiento** eran las profesionales sanitarias mujeres ( $M = 57.22$ ,  $DT = 8.60$ ) las que obtuvieron

mayor puntuación frente a los varones ( $M = 52.65$ ,  $DT = 8.26$ ), mientras que en la escala de **Sentimiento** obtuvieron mayor puntuación los sanitarios varones ( $M = 62.69$ ,  $DT = 8.23$ ) que las mujeres ( $M = 58.17$ ,  $DT = 7.26$ ). En el área de las Conductas Interpersonales, en la escala de **Aquiescencia** eran los varones ( $M = 23.25$ ,  $DT = 7.60$ ) los que obtuvieron mayor puntuación que las mujeres ( $M = 20.25$ ,  $DT = 8.12$ ).

En cuanto a la interacción actividad sanitaria  $\times$  sexo se encontró diferencia en el área de Metas Motivacionales en las escalas de **Expansión**, eran las profesionales mujeres de AE, ( $M = 21.59$ ,  $DT = 6.88$ ) y los profesionales varones de AP ( $M = 21.59$ ,  $DT = 6.37$ ) los que obtuvieron mayor puntuación en esta escala. En la escala **Preservación**, eran los profesionales varones de AE, ( $M = 58.52$ ,  $DT = 6.09$ ) y las profesionales mujeres de AP ( $M = 53.85$ ,  $DT = 9.02$ ) los que obtuvieron mayor puntuación en esta escala. En el área de los Modos Cognitivos, se encontraron diferencias en la interacción actividad  $\times$  sexo cercana a la significación, en la escala de **Innovación**, eran las profesionales mujeres de AE, ( $M = 68.04$ ,  $DT = 8.09$ ) y los profesionales varones de AP ( $M = 69.73$ ,  $DT = 6.88$ ) los que obtuvieron mayor puntuación en esta escala. En el área de Conductas Interpersonales se encontraron diferencias en la interacción actividad  $\times$  sexo en la escala de **Sociabilidad**, eran las profesionales mujeres de AE, ( $M = 60.44$ ,  $DT = 10.20$ ) y los profesionales varones de AP ( $M = 61.36$ ,  $DT = 12.83$ ) los que obtuvieron mayor puntuación en esta escala. En la escala de **Indecisión**, eran los profesionales varones de AE, ( $M = 57.81$ ,  $DT = 7.57$ ) y las profesionales mujeres de AP ( $M = 55.95$ ,  $DT = 9.38$ ) los que obtuvieron mayor puntuación en esta escala. En la escala de **Decisión**, eran las profesionales mujeres de AE, ( $M = 53.26$ ,  $DT = 10.51$ ) y los profesionales varones de AP ( $M = 51.50$ ,  $DT = 10.94$ ) los que obtuvieron mayor puntuación en esta escala. En la escala de **Discrepancia**, eran los profesionales varones de AE, ( $M = 83.71$ ,  $DT = 5.23$ ) y las

profesionales mujeres de AP ( $M = 83.73$ ,  $DT = 8.32$ ) los que obtuvieron mayor puntuación en esta escala. En la escala de **Sumisión**, eran los profesionales varones de AE, ( $M = 62.95$ ,  $DT = 5.01$ ) y las profesionales mujeres de AP ( $M = 60.72$ ,  $DT = 7.41$ ) los que obtuvieron mayor puntuación en esta escala. La tabla 6.37 muestra las medias y desviaciones típicas para el *MIPS* según actividad sanitaria y sexo.

Tabla 6.37: Medias y desviaciones típicas de estilos de personalidad MIPS según actividad sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP) y sexo.

Sexo		AE			AP			Total		
		M	DT	N	M	DT	N	M	DT	N
1A. Expansión	varón	17.00	4.63	21	<b>21.59</b>	6.88	22	19.35	6.27	43
	mujer	<b>21.59</b>	5.89	90	19.95	6.22	78	20.83	6.08	168
	Total	<b>20.72</b>	5.94	111	<b>20.31</b>	6.37	100	20.53	6.14	211
1B. Preservación	varón	<b>58.52</b>	6.03	21	52.86	10.42	22	55.63	8.93	43
	mujer	51.73	8.95	90	<b>53.85</b>	9.02	78	52.71	9.01	168
	Total	53.02	8.86	111	53.63	9.30	100	53.31	9.05	211
2A. Modificación	varón	52.33	9.74	21	53.68	7.52	22	53.02	8.60	43
	mujer	52.91	8.51	90	51.99	8.40	78	52.48	8.45	168
	Total	52.80	8.71	111	52.36	8.21	100	52.59	8.46	211
2B. Adecuación	varón	43.81	8.76	21	42.14	6.23	22	42.95	7.52	43
	mujer	41.57	7.87	90	44.05	8.60	78	42.72	8.28	168
	Total	41.99	8.05	111	43.63	8.14	100	42.77	8.12	211
3A. Individualidad	varón	55.00	7.96	21	56.36	8.50	22	55.70	8.17	43
	mujer	57.57	7.39	90	57.92	7.18	78	57.73	7.28	168
	Total	57.08	7.53	111	57.58	7.47	100	57.32	7.49	211
3B. Protección	varón	50.33	7.64	21	49.55	8.13	22	<b>49.93</b>	7.81	43
	mujer	45.76	5.99	90	46.21	7.26	78	<b>45.96</b>	6.59	168
	Total	46.62	6.55	111	46.94	7.55	100	46.77	7.02	211
4A. Extraversión	varón	25.90	8.22	21	27.45	9.85	22	26.70	9.01	43
	mujer	26.26	8.04	90	23.21	8.66	78	24.84	8.45	168
	Total	26.19	8.04	111	24.14	9.05	100	25.22	8.58	211
4B. Introversión	varón	46.43	7.41	21	45.55	7.48	22	45.98	7.37	43
	mujer	45.49	6.86	90	47.96	7.17	78	46.64	7.09	168
	Total	45.67	6.94	111	47.43	7.27	100	46.50	7.14	211
5A. Sensación	varón	22.33	6.15	21	21.86	5.41	22	22.09	5.72	43
	mujer	20.87	5.48	90	22.13	6.06	78	21.45	5.78	168
	Total	21.14	5.62	111	22.07	5.90	100	21.58	5.76	211
5B. Intuición	varón	57.86	7.83	21	58.73	6.55	22	58.30	7.13	43
	mujer	58.23	6.42	90	57.51	7.58	78	57.90	6.97	168

	Total	58.16	6.67	111	57.78	7.35	100	57.98	6.99	211
6A. Pensamiento	varón	53.05	8.99	21	52.27	7.70	22	<b>52.65</b>	8.26	43
	mujer	57.00	9.29	90	57.49	7.78	78	<b>57.22</b>	8.60	168
	Total	56.25	9.32	111	56.34	8.02	100	56.29	8.71	211
6B. Sentimiento	varón	62.62	8.64	21	62.77	8.04	22	<b>62.69</b>	8.23	43
	mujer	57.98	6.94	90	58.40	7.67	78	<b>58.17</b>	7.26	168
	Total	58.86	7.47	111	59.36	7.92	100	59.09	7.67	211
7A. Sistematización	varón	51.76	8.94	21	51.27	10.09	22	51.51	9.43	43
	mujer	49.28	10.19	90	48.92	10.33	78	49.11	10.23	168
	Total	49.75	9.98	111	49.44	10.27	100	49.60	10.09	211
7B. Innovación	varón	66.00	7.04	21	<b>69.73</b>	6.88	22	67.91	7.13	43
	mujer	<b>68.04</b>	8.09	90	66.91	7.96	78	67.52	8.02	168
	Total	67.66	7.91	111	67.53	7.79	100	67.60	7.83	211
8A. Retraimiento	varón	50.62	8.56	21	49.05	10.86	22	49.81	9.72	43
	mujer	50.22	9.00	90	52.64	9.36	78	51.35	9.22	168
	Total	50.30	8.88	111	51.85	9.77	100	51.03	9.32	211
8B. Sociabilidad	varón	57.43	9.04	21	<b>61.36</b>	12.87	22	59.44	11.21	43
	mujer	<b>60.44</b>	10.27	90	56.99	10.41	78	58.84	10.45	168
	Total	59.87	10.08	111	57.95	11.08	100	58.96	10.58	211
9A. Indecisión	varón	<b>57.81</b>	7.57	21	53.95	10.65	22	55.84	9.37	43
	mujer	51.37	9.77	90	<b>55.95</b>	9.38	78	53.49	9.83	168
	Total	52.59	9.70	111	55.51	9.65	100	53.97	9.76	211
9B. Decisión	varón	47.62	9.45	21	<b>51.50</b>	10.94	22	49.60	10.31	43
	mujer	<b>53.26</b>	10.51	90	49.50	10.98	78	51.51	10.87	168
	Total	52.19	10.52	111	49.94	10.95	100	51.12	10.76	211
10A. Discrepancia	varón	<b>83.71</b>	5.23	21	81.23	7.57	22	82.44	6.58	43
	mujer	80.97	7.57	90	<b>83.73</b>	8.32	78	82.25	8.02	168
	Total	81.49	7.25	111	83.18	8.19	100	82.29	7.74	211
10B. Conformismo	varón	63.14	7.90	21	64.23	8.83	22	63.70	8.31	43
	mujer	62.91	8.12	90	63.18	8.06	78	63.04	8.07	168
	Total	62.95	8.04	111	63.41	8.20	100	63.17	8.10	211
11A. Sumisión	varón	<b>62.95</b>	5.01	21	60.23	5.51	22	61.56	5.39	43
	mujer	58.26	7.49	90	<b>60.72</b>	7.41	78	59.40	7.53	168
	Total	59.14	7.30	111	60.61	7.01	100	59.84	7.19	211
11B. Dominio	varón	57.81	5.68	21	58.55	7.78	22	58.19	6.77	43
	mujer	60.01	7.78	90	59.22	6.86	78	59.64	7.36	168
	Total	59.59	7.46	111	59.07	7.03	100	59.35	7.25	211
12A. Descontento	varón	72.81	7.05	21	70.36	8.54	22	71.56	7.85	43
	mujer	70.19	8.89	90	72.72	9.19	78	71.36	9.09	168
	Total	70.68	8.60	111	72.20	9.06	100	71.40	8.83	211
12B. Aquiescencia	varón	24.14	7.55	21	22.41	7.73	22	<b>23.25</b>	7.60	43
	mujer	20.16	8.63	90	20.37	7.55	78	<b>20.25</b>	8.12	168
	Total	20.91	8.55	111	20.82	7.60	100	20.87	8.09	211

Nota = \*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001; n AE = 111; n AP = 100; Nota: en negrita, diferencias significativas

Las interacciones de personalidad (MIPS) en metas motivacionales (Expansión y Preservación) según actividad y sexo, se representan en los gráficos 6.17 y 6.18.

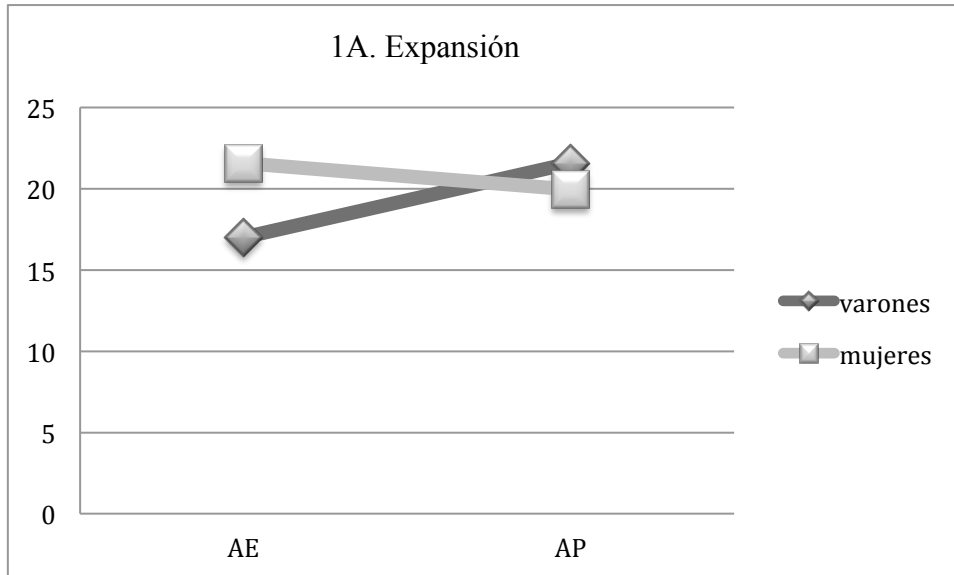


Gráfico 6.17: Metas Motivacionales (Expansión) según actividad sanitaria y sexo

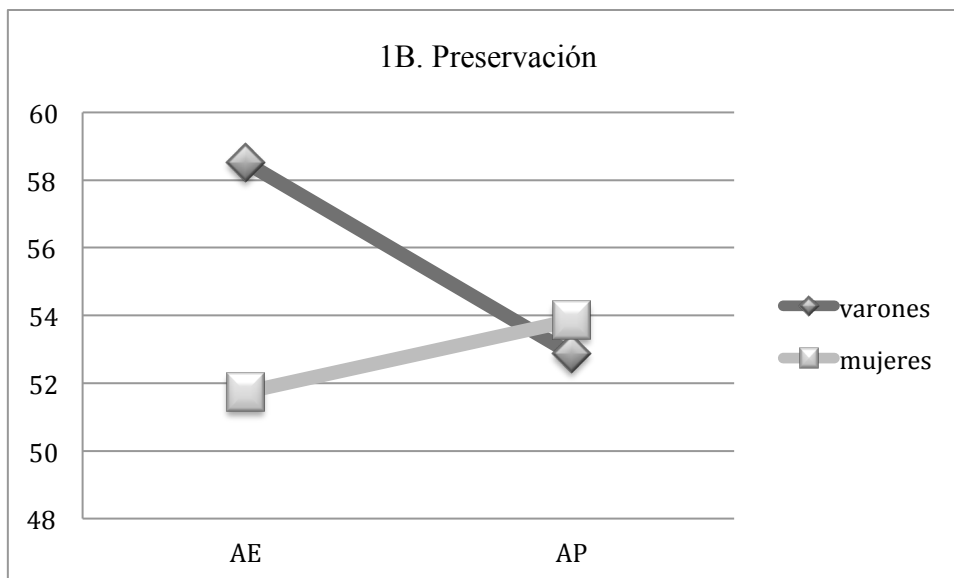


Gráfico 6.18: Metas Motivacionales (Preservación) según actividad sanitaria y sexo



Las interacciones de personalidad (*MIPS*) en modos cognitivos (Innovación) según actividad sanitaria y sexo, se representa en el gráfico 6.19.

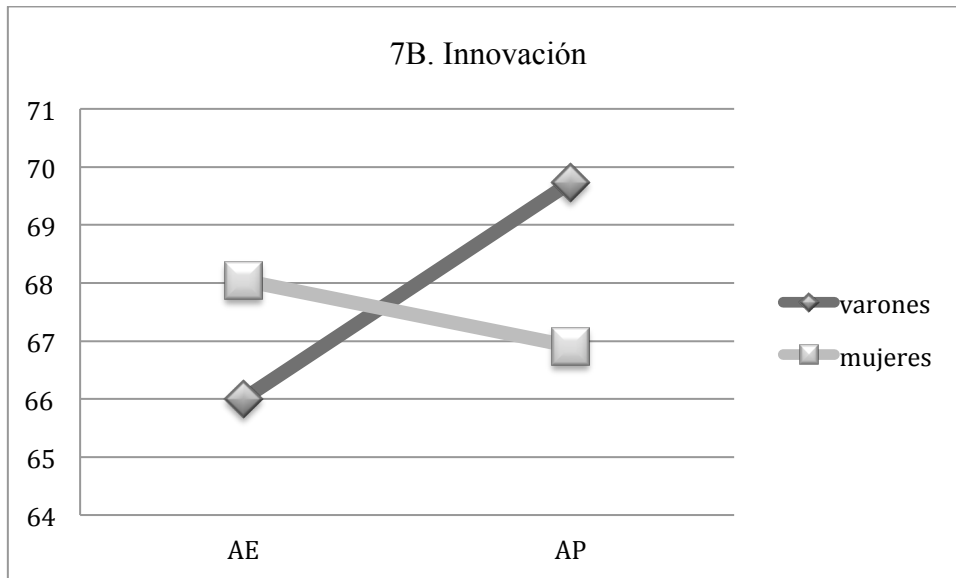


Gráfico 6.19: Modos Cognitivos (Innovación) según actividad sanitaria y sexo

Las interacciones de personalidad según actividad sanitaria y sexo en conductas interpersonales se representan en los gráficos 6.20, 6.21, 6.22, 6.23 y 6.24.

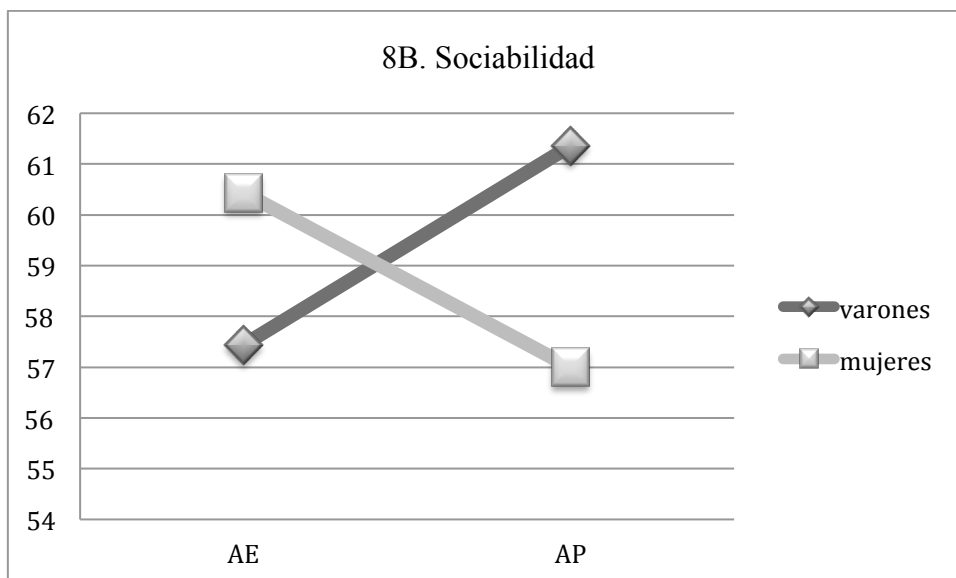


Gráfico 6.20: Conductas Interpersonales (Sociabilidad) según actividad sanitaria y sexo

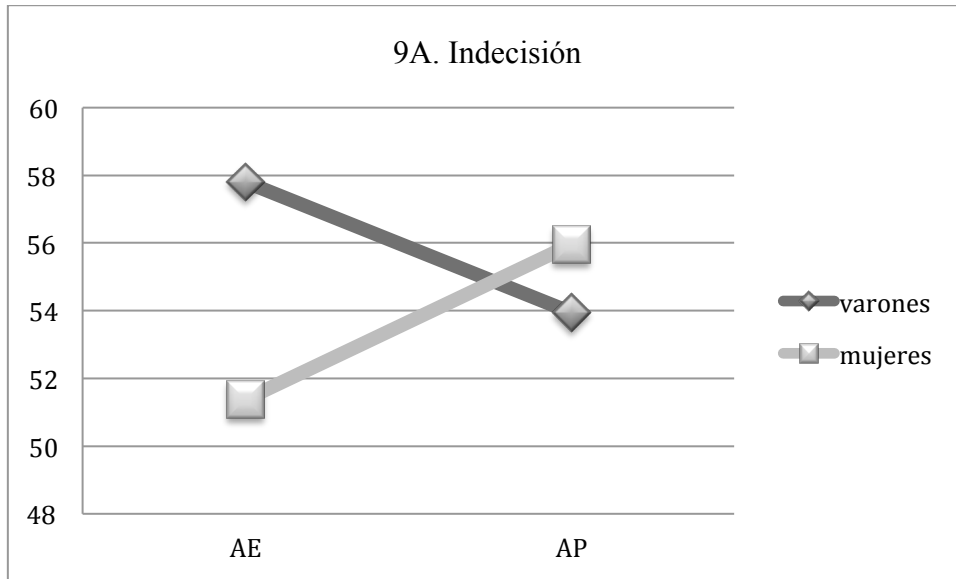


Gráfico 6.21: Conductas Interpersonales (Indecisión) según actividad sanitaria y sexo

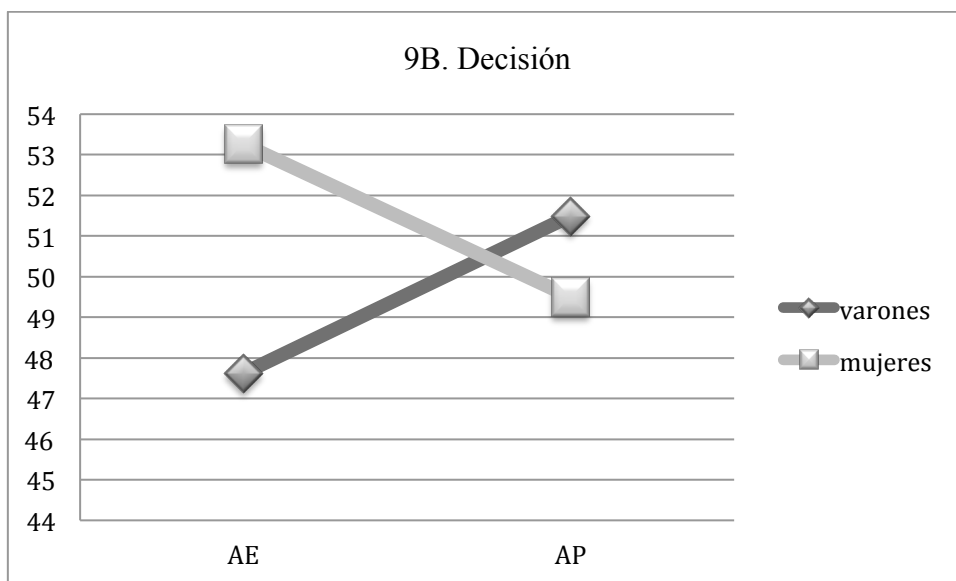


Gráfico 6.22: Conductas Interpersonales (Decisión) según actividad sanitaria y sexo

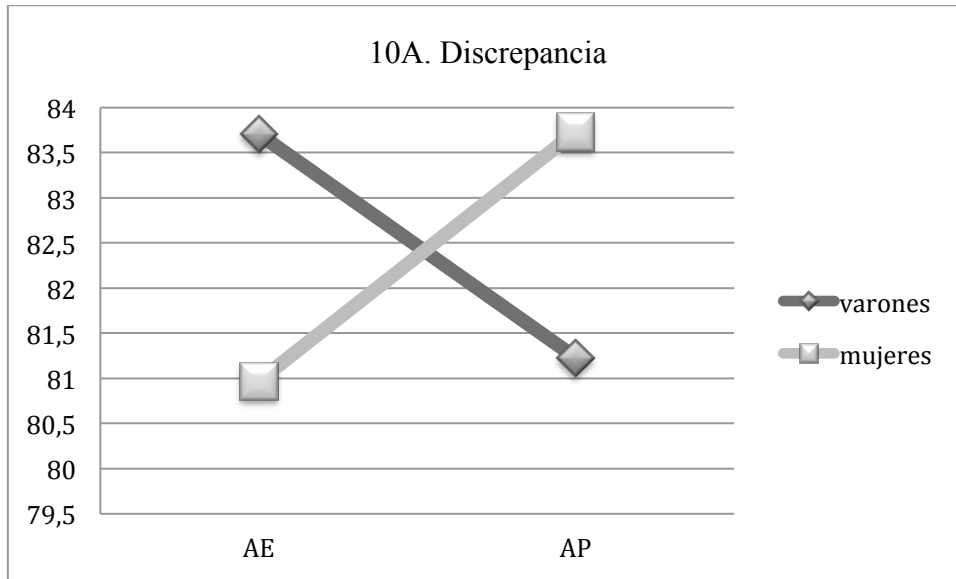


Gráfico 6.23: Conductas Interpersonales (Discrepancia) según actividad sanitaria y sexo

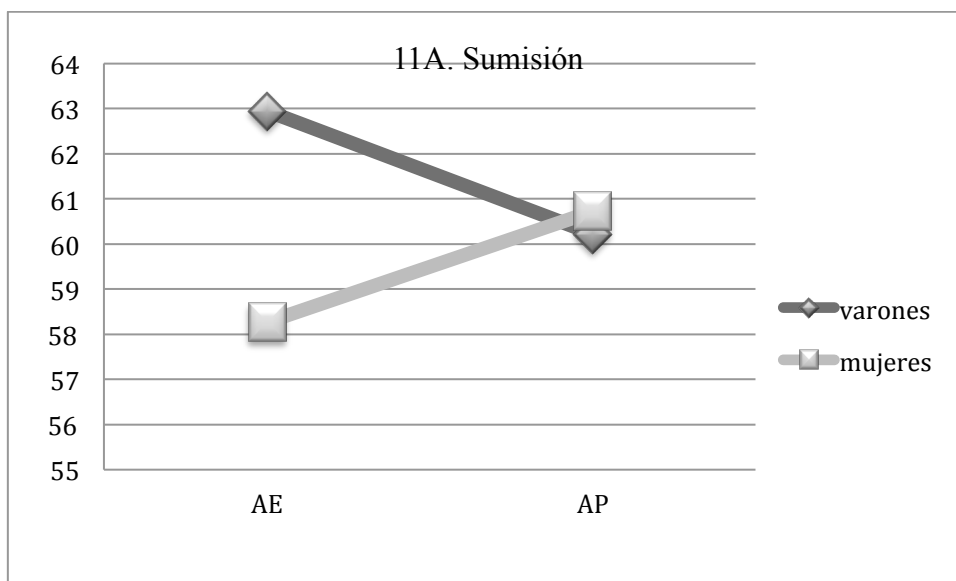


Gráfico 6.24: Conductas Interpersonales (Sumisión) según actividad sanitaria y sexo

En resumen, en cuanto a actividad sanitaria, no se encontraron diferencias significativas en ninguna escala del MIPS.

En cuanto al sexo, son los sanitarios varones en el área de Metas Motivacionales en la escala de **Protección**, los que se les considera reforzadores y protectores, que cuidan de los demás antes de cuidarse a sí mismos. Son las profesionales sanitarias mujeres en el área de Modos Cognitivos en la escala de **Pensamiento**, las que prefieren procesar el conocimiento mediante la lógica y el razonamiento analítico, mientras que los varones forman sus criterios según sus propias respuestas afectivas ante las circunstancias, siguen sus metas y valores personales (**Sentimiento**). En el área de Conductas Interpersonales, en la escala de **Aquiescencia**, son los varones los que suelen agradar fácilmente y con frecuencia se relacionan con los demás de una manera dócil. Este perfil de los varones es muy “femenino”.

Por último, en la interacción actividad x sexo en el área de Metas Motivacionales en las escalas de **Expansión**, eran las profesionales mujeres de AE y los sanitarios varones de AP los que tienden a mirar el lado positivo de la vida, se muestran optimistas con respecto a las posibilidades futuras, les es fácil divertirse y enfrentan sus altibajos con ecuanimidad. En la escala **Preservación**, eran los profesionales varones de AE y las sanitarias mujeres de AP los que centran su atención en los problemas y los agudizan. Al percibir su pasado como algo personalmente problemático, siempre parecen que están esperando que algo nuevo salga mal y sienten que las cosas probablemente irán de mal en peor. Se molestan fácilmente con las más mínimas preocupaciones y decepciones.

En el área de los Modos Cognitivos, en la escala de **Innovación**, eran las profesionales mujeres de AE y los sanitarios varones de AP los que prefieren ser creativos y arriesgados, están dispuestos a cambiar y dar una nueva forma a cualquier

cosa que se les presente. Parecen descontentos con la rutina y lo predecible; modifican en forma espontánea lo que está dado, siguiendo sus presentimientos y buscando provocar resultados originales e inespecíficos.

En el área de Conductas Interpersonales, las profesionales mujeres de AE y los varones de AP en la escala de **Sociabilidad** eran los que buscaban la atención, el entusiasmo y el estímulo social. Con frecuencia reaccionan en forma exagerada ante las situaciones que tienen a su alrededor; no obstante, normalmente pierden el interés con mucha facilidad. Aunque con rasgos mundanos llamativos y encantadores, también pueden ser exigentes y manipulados. En la escala de **Decisión**, eran las sanitarias mujeres de AE y los varones de AP los que tienden a sentir que son más componentes y que tienen más talento que las personas que los rodean. A menudo son ambiciosos y egocéntricos, seguros de sí mismos y francos. Los demás los pueden considerar arrogantes y desconsiderados.

En el área de Conductas Interpersonales, en la escala de **Indecisión**, eran los profesionales varones de AE y las sanitarias mujeres de AP los que manifiestan ser cohibidos, tímidos y nerviosos en contextos sociales, desean fervientemente gustar y ser aceptados por los demás, sin embargo, con frecuencia temen ser rechazados. Al mismo tiempo que son sensitivos y emocionalmente sensibles son desconfiados, solitarios y se aíslan. En la escala de **Discrepancia**, eran los profesionales varones de AE y las sanitarias mujeres de AP los que tienden a demostrar con acciones, más que con palabras, que son independientes e inconformistas. Con frecuencia se resisten a seguir las normas tradicionales y despliegan una audacia que puede ser considerada imprudente o vehemente y ambiciosa. En la escala de **Sumisión**, los profesionales varones de AE y las profesionales sanitarias mujeres de AP los que son sus peores enemigos. Están acostumbrados más bien a sufrir que a experimentar placer, acatan y

tienden a rebajarse ante los demás. Con su comportamiento dejan sin efecto cualquier esfuerzo que los demás hagan para ayudarlos, y esto hace que los sumisos no sólo pierdan oportunidades de gratificación sino que fracasen reiteradamente en su intento por lograrla a pesar de poseer las capacidades para obtenerla.

Resumen esquemático de los resultados:

		SEXO	AE/AP	SEXO <sup>X</sup> AE/AP
<b>MIPS</b>				
<b>MM</b>				
	1A.Expansión			$M_{AE}^X M_{AP}$
	1B.Preservación			$V_{AE}^X M_{AP}$
	2A.Modificación			
	2B.Adecuación			
	3A. Individualidad			
	3B.Protección	V		
<b>MC</b>				
	4A.Extraversión			
	4B.Introversión			
	5A. Sensación			
	5B.Intuición			
	6A.Pensamiento	M		
	6B.Sentimiento	V		
	7A.Sistematización			
	7B.Innovación			$M_{AE}^X M_{AP}$
<b>CI</b>				
	8A.Retraimiento			
	8B.Sociabilidad			$M_{AE}^X M_{AP}$
	9A.Indecisión			$V_{AE}^X M_{AP}$
	9B.Decisión			$M_{AE}^X M_{AP}$
	10A.Discrepancia			$V_{AE}^X M_{AP}$
	10B.Conformismo			
	11A.Sumisión			$V_{AE}^X M_{AP}$
	11B.Dominio			
	12A.Descontento			
	12B.Aquiescencia	V		

Nota: Edad: (JV) Joven (20-40); (ME) Mediana edad (41-62); Sexo: Varón (V), Mujer (M); Rojo: características personalidad más adaptativas, Negro: características menos adaptativa

Se rechaza la hipótesis 3.5. (*Personal sanitario de AE obtendrá peores puntuaciones en Expansión y Extraversión que el personal sanitario de AP*). La mayor puntuación en Expansión en los sanitarios de AE sólo la presentan las mujeres. Mientras que en AP son los varones los que presentan mayor puntuación en Expansión.

Finalmente se presenta un resumen esquemático de los resultados significativos del objetivo número 3

Resumen esquemático de los resultados del objetivo 3:

		SEXO	AE/AP	AE/AP <sup>x</sup> SEXO
<b>SALUD FÍSICA</b>				
	Tabaco		AP	
	Fármacos	M	AE	
	Dolencias	M		$M_{AE} \times M_{AP}$
<b>SF-36</b>				
<b>Componente Físico</b>				
	Función Física	V		
	Salud General		AE	
	Vitalidad	V		
<b>Componente Mental</b>				
	Salud Mental	V		
<b>SATISFACCIÓN</b>				
	Satisfacción laboral			$V_{AE} \times M_{AP}$
	Satisfacción global			$V_{AE} \times M_{AP}$
	Satisfacción vital			$V_{AE} \times M_{AP}$
<b>Indicadores Roles de Género</b>				
	Horas dedicadas al hogar	M		
	Horas dedicadas a los hijos		AE	
	Implicación cónyuge hogar	V		
	Implicación cónyuge hijos	V		
<b>Brief-COPE</b>				
<b>A Evitativo</b>	Negación	M		
	Religión	M		
<b>A Emocional</b>	Apoyo emocional		AP	
	Descarga emocional		AP	
<b>A Problema</b>	Planificación		AP	
	Reinterpretación positiva			$V_{AE} \times M_{AP}$
<b>MIPS</b>				
<b>MM</b>				
	1A.Expansión			$M_{AE} \times V_{AP}$
	1B.Preservación			$V_{AE} \times M_{AP}$
	3B.Protección	V		
<b>MC</b>				
	6A.Pensamiento	M		
	6B.Sentimiento	V		
	7B.Innovación			$M_{AE} \times V_{AP}$
<b>CI</b>				
	8B.Sociabilidad			$M_{AE} \times V_{AP}$
	9A.Indecisión			$V_{AE} \times M_{AP}$
	9B.Decisión			$M_{AE} \times V_{AP}$
	10A.Discrepancia			$V_{AE} \times M_{AP}$
	11A.Sumisión			$V_{AE} \times M_{AP}$
	12B.Aquiescencia	V		

Nota: Actividad Sanitaria: AE (Atención Especializada); AP (Atención Primaria).

Sexo: Varones; Mujeres. MIPS: Rojo; características personalidad más adaptativas, Negro; características menos adaptativas.





# **CAPÍTULO 7**

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**



## 7 – DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES—

A lo largo de esta investigación se han descrito las características psicológicas de los profesionales sanitarios (médicos/as, enfermeros/as, auxiliares de enfermería y fisioterapeutas) que han participado en este estudio, en cuanto a sus estilos de personalidad, afrontamiento y variables de salud y satisfacción. En este capítulo se presentan la discusión y conclusiones a las que se han llegado teniendo en cuenta los objetivos e hipótesis presentados en el capítulo 5.

El propósito de esta Tesis Doctoral era analizar las interacciones entre los estilos de personalidad (MIPS), los estilos de afrontamiento (Brief-COPE) y la salud (SF-36), considerando el tipo de actividad sanitaria (AE/AP) que desempeñan los profesionales sanitarios. Nos preguntábamos: ¿Qué variables personales (estilo de personalidad y afrontamiento) caracterizan a los profesionales sanitarios de AE/AP? y ¿Qué diferencias en salud física y psicológica aparecerán según actividad sanitaria?.

Para lograr una mayor claridad expositiva presentaremos la discusión de los resultados en relación a cada uno de los objetivos propuestos en nuestra investigación. Los objetivos de la presente investigación eran tres: en primer lugar, analizar las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados en la población de profesionales sanitarios (PS). En segundo lugar, analizar las diferencias en variables de salud física y psicológica y personalidad según edad y sexo. En tercer lugar, analizar las diferencias en variables de salud y personalidad (estilos de afrontamiento y estilos de

personalidad) según actividad sanitaria (Atención Especializada, AE y Atención Primaria, AP).

A continuación, se presentan la discusión y conclusiones de acuerdo con los objetivos planteados en la presente investigación.

## **7.1 – PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LOS INSTRUMENTOS**

El objetivo preliminar de esta investigación era analizar si los índices de fiabilidad de los instrumentos de medida, cumplen con los requisitos necesarios para su uso como medida de las variables a analizar.

En primer lugar, considerando la primera de las hipótesis planteadas (*Los instrumentos utilizados tendrán fiabilidad adecuada para ser usados en este estudio*), conforme los resultados presentados en el Capítulo 6, se concluye que los índices de fiabilidad de los instrumentos para analizar la salud con el *SF-36*, y para el análisis de las estrategias de afrontamiento con el *Brief-COPE* son adecuados, lo que permiten su utilización en profesionales sanitarios de la población de estudio. Para estudiar los estilos de personalidad con el *MIPS* los índices de fiabilidad fueron adecuados, excepto en las escalas 1A-Expansión; 3B-Protección; 4A-Extraversión y 5A-Sensación que fueron más bajos de lo esperado, por lo que se tomarán con cautela estos resultados.

### **Cuestionario de Salud SF-36**

Los resultados descritos revelan que los índices de fiabilidad del SF-36 permiten su uso como medida de salud percibida en una muestra de profesionales sanitarios de AE y AP. En comparación con los índices encontrados en la versión original del

instrumento eran esperables índices de consistencia interna más bajos por tratarse de una adaptación. Investigaciones realizadas legitiman el uso del SF-36 en otras poblaciones como: España (Alonso et al., 1995), Francia (Perneger et al., 1995), Alemania (Bullinger, 1995), Suecia (Sullivan, Karlsson & Ware, 1995) e Italia (Apolone et al., 1997), así como diferentes variaciones del inglés para su uso en Canadá, Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda (McCallun 1995). Asimismo, los índices de fiabilidad obtenidos en estas poblaciones son también más bajos que los obtenidos en la versión original del SF-36 (Ware et al., 1993). Aunque los índices de fiabilidad eran ligeramente inferiores a los obtenidos en estudios previos, todos ellos eran aceptables y permitían utilizar los instrumentos con suficiente garantía en cuanto a su consistencia interna.

Aunque queda mucho por mejorar en cuanto a la precisión de las mediciones de la salud percibida, es difícil superar algunas limitaciones que le son en cierto modo consustanciales: la dependencia del estado cognitivo del entrevistado, la falta de información pronóstica, y los cambios en las respuestas debido a las modificaciones en los valores personales. Todo ello hace que las mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud tenga un valor importante pero algo limitado en el estudio de la efectividad de los servicios sanitarios, y hace recomendable su uso en compañía de otros indicadores de salud, como son la función cognitiva, sexual, la valoración del patrón del sueño y la función familiar (Alonso, 2000; Villagut et al., 2005).

En la misma línea, además de los índices de salud percibida (lo sana que la persona se siente) se aconseja tener en cuenta, índices más objetivos de salud, como dolencias crónicas, indicadores de salud, visitas al médico, etc. (Sánchez López et al., 2005).

No obstante, de acuerdo con los resultados presentados en el capítulo 6 se concluye que los índices psicométricos del SF-36 permiten su uso como medida de salud percibida en población de profesionales sanitarios de AE y AP.

### **Cuestionario *Brief-Cope***

Los análisis de fiabilidad del instrumento *Brief-COPE* para población de profesionales sanitarios indicaron valores alfa de Cronbach aceptables en la mayoría de las escalas y en los coeficientes de correlación ítem-escala corregidos, por lo que se puede afirmar que son adecuados. Los índices de fiabilidad son inferiores a los obtenidos en el grupo de estadounidenses (Carver, 1997) y similares a los alcanzados en este instrumento traducido al español (Perczek et al., 2000). Aunque eran esperables índices de consistencia interna más bajos que los encontrados en versión original por tratarse de una adaptación. Al igual, que los índices de fiabilidad obtenidos en poblaciones de enfermeras chinas (Li & Lambert, 2008), son también más bajos que los adquiridos en la versión original del Brief-COPE. Consideramos de interés que algunos autores (Morán et al., 2010) recomiendan para poblaciones específicas (estudiantes, personas con alguna enfermedad crónica, etc.), se diseñen instrumentos que reflejen las formas comunes de afrontamiento por esa población, es decir, por personas que comparten ciertas características. Esta reflexión se podría aplicar a los profesionales de la salud por ser una población de características específicas. No obstante, se concluye

que los índices psicométricos del Brief-COPE permite su uso como medida de estrategias de afrontamiento en población sanitaria.

### **Inventario de Estilos de Personalidad de Millon, MIPS**

En cuanto al instrumento para medir los estilos de personalidad, los resultados obtenidos revelan que los índices de fiabilidad del *MIPS* permiten su uso como medida de la personalidad en la muestra de profesionales sanitarios de AE y AP que ha participado en este estudio. Aunque algunas escalas no cumplieron el mínimo de fiabilidad (1A-Expansión; 3B-Protección; 4A-Extraversión y 5A-Sensación), se decidieron incluir en los análisis, dejando para futuros estudios el análisis de las causas de tal fiabilidad. Investigaciones realizadas avalan el uso del MIPS en otras poblaciones: Argentina, Brasil, México, Perú (Aparicio-García & Sanchez-López, 1998; Casullo & Castro-Solano, 1997; Dresch et al., 2005; Sanchez-López, Thorne, Martínez, Niño de Guzmán & Argumedo, 2002) y en mujeres chilenas (Rivas-Diez, 2011). Asimismo, los índices de fiabilidad obtenidos en estas poblaciones son también más bajos que los adquiridos en la versión original del MIPS.

Pueden señalarse algunos factores que pueden afectar a la fiabilidad de un instrumento, como son: uso de palabras desconocidas o poco familiares, uso de la doble negación, extensión exagerada del test, entre otros (Rivas Diez, 2011).

Por otro lado, el uso del instrumento en población sanitaria permitirá en futuros análisis comprobar las características propias de estos profesionales a nivel nacional e internacional.

## 7.2. – DIFERENCIAS SEGÚN EDAD Y SEXO EN LAS VARIABLES DE SALUD Y PERSONALIDAD.

**Objetivo 2.** Analizar las diferencias en variables de salud física y psicológica y personalidad según edad y sexo.

Las conclusiones del segundo objetivo serán expuestas de acuerdo a los objetivos e hipótesis presentados en el capítulo 5 y a los propios resultados mostrados en el capítulo 6. Las conclusiones de este objetivo se describen siguiendo la misma estructura que la mantenida para presentar las hipótesis y los resultados del mismo. Para poder indagar sobre este objetivo tan amplio, se establecieron seis hipótesis, y a continuación se procede al análisis de las dos primeras, relacionadas con la salud física y psicológica según edad y sexo.

**Hipótesis 2.1.** *Los profesionales sanitarios jóvenes presentan mejor salud general que los de mediana edad.*

**Hipótesis 2.2.** *Las profesionales sanitarias mujeres presentan peor salud general que los profesionales sanitarios varones y son las mujeres las que posiblemente consuman más fármacos que los varones.*

Para poder contrastar estas dos primeras hipótesis se analizaron la salud física y psicológica de los profesionales sanitarios según edad y sexo, para a continuación proceder a discutir sobre las diferencias encontradas por edad y sexo entre la muestra de profesionales sanitarios.

A continuación, se presenta una tabla/resumen de la Salud Física (Consumo de sustancias y Dolencias Físicas) y la Salud Psicológica (SF-36, indicadores de roles de género y satisfacción personal y satisfacción vital) según edad y sexo.



Tabla 7.1: Resumen de los resultados en variables de Salud Física y Psicológica según edad y sexo

EDAD		SEXO	EDAD <sup>x</sup> SEXO
<b>SALUD FÍSICA</b>		(M) FÁRMACOS*	
		(M) DOLENCIAS**	
<b>SF-36</b>	(JV) FUNCIÓN FÍSICA***	(V) FUNCIÓN FÍSICA*	
<b>(Componente Físico)</b>	(JV) SALUD GENERAL***	(V) VITALIDAD*	
<b>SF-36</b>			(V <sub>ME</sub> <sup>x</sup> M <sub>JV</sub> ) ROL
<b>(Componente Mental)</b>		(V) SALUD MENTAL*	EMOCIONAL**
<b>INDICADORES</b>	(JV) HORAS HIJOS*	(M) HORAS HOGAR**	
<b>DE ROL GÉNERO</b>		(V) IMPLICACIÓN HIJOS Y HOGAR***	
<b>SATISFACCIÓN</b>	(JV) SATISFACCIÓN LABORAL**		(V <sub>JV</sub> <sup>x</sup> M <sub>ME</sub> )***
<b>PERSONAL</b>	(JV) SATISFACCIÓN GLOBAL***		(V <sub>JV</sub> <sup>x</sup> M <sub>JV</sub> )**

Nota = \*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001; JV: jóvenes; ME: mediana edad; M: mujeres; V: varones.

## 1.- Discusión de la **Salud física y psicológica** según edad y sexo:

### a) Salud Física según edad y sexo (consumo de sustancias y dolencias)

No se observaron diferencias significativas en cuanto a la salud física (consumo de sustancias y dolencias) y la edad de los PS. Con respecto a las diferencias de salud física según el sexo, aunque no se perciban diferencias significativas entre varones y mujeres en el consumo de alcohol, tabaco y psicofármacos, sí existen diferencias en el consumo de fármacos, siendo las profesionales sanitarias mujeres las que consumen más fármacos que sus compañeros varones, estos resultados coinciden con los de la Encuesta Nacional de Salud, cuando se afirma que las mujeres consumen más fármacos que los hombres, en cualquier grupo etario (Sistema Nacional de Salud, 2010; ENS, 2006).

También hay diferencias entre varones y mujeres en dolencias físicas, siendo las mujeres sanitarias las que manifiestan más dolencias físicas (presentan síntomas negativos de salud física, como cefaleas, dolor de espalda, náuseas, mareos, etc.) y menos estabilidad emocional, coincidiendo con otras investigaciones (Kheiraoui et al., 2012; Sánchez-López & Cardenal-Hernández, 2001; Sánchez-López, Dresch & Cardenal-Hernández, 2005; Tountas et al., 2003 ).

*b) Salud Psicológica según edad y sexo* (SF-36, indicadores de roles de género, y satisfacción personal y satisfacción vital)

En cuanto a la salud psicológica (SF-36) según la edad, existen diferencias siendo los profesionales sanitarios jóvenes (de 20 a 40 años) los que presentan mejor función física y salud general, que los de mediana edad (de 41 a 62 años). Además los varones de mediana edad y las mujeres jóvenes, valoran el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (Rol Emocional). Este resultado es coherente con la conclusión general de que si se tiene en cuenta de manera aislada la edad, encontramos que los jóvenes en general, manifiestan mayor salud general. Parece que la edad en sí misma es una fuente importante para procurar mayor o menor salud física (Sánchez-López & Cardenal, 2001; Sánchez-López et al., 2005). Estos datos coinciden con los encontrados en encuestas nacionales e internacionales con población general, resultando que las mujeres a partir de la adolescencia, tienen peor salud autopercebida que los hombres (Borrell & Benach 2006; Encuesta Nacional de Salud España, ENSE, 2012), al igual que las mujeres presentan una peor salud mental (European Union, 2011; Sánchez-López, López-García, Dresch & Corbalán, 2008).

En población sanitaria italiana, médicos/as, enfermeros/as y técnicos/as de salud y seguridad en el trabajo se analizó la calidad de vida relacionada con la salud comparándola con población general italiana y el análisis multivariante mostró que el aumento de la edad se relaciona positivamente con el rol emocional, mientras que la salud general y la función física puntuaban más en población más joven. En comparación con la población general italiana los profesionales sanitarios de esta investigación (Kheiraoui et al., 2012), presentaron mayores puntuaciones de salud general, función física, rol físico, dolor corporal y salud mental y menores puntuaciones de vitalidad, función social y rol emocional, estos datos son similares a los encontrados en esta Tesis Doctoral. Sin embargo en otra muestra de trabajadores (médicos/as, enfermeros/as, técnicos/as, auxiliares de enfermería y auxiliares administrativos) de diferentes hospitales de Atenas (Grecia), con respecto a la edad los participantes de mediana edad (> 50 años) informaron de una mejor salud que los más jóvenes (de 20 a 29 años) y, en cuanto a las categorías profesionales, los médicos/as y técnicos/as manifestaron mejor estado de salud que los/as enfermeros/as y personal auxiliar (Tountas et al., 2003). Estas discrepancias entre estudios realizados con distintas muestras y en distintas ciudades y contextos, indican que es necesario realizar más investigación considerando las variables personales como la actividad sanitaria que desempeñan. Tal objetivo fue el que motivó la realización de la presente Tesis Doctoral.

En cuanto a la salud psicológica (SF-36) según sexo, aparecieron diferencias entre varones y mujeres sanitarias en las escalas de Función física, Vitalidad y Salud Mental, siendo los varones los que presentan mayor puntuación en estas escalas que las mujeres. Mientras que las mujeres presentan menores puntuaciones tanto en el componente físico como el componente mental del cuestionario de salud percibida. Estos resultados son similares a los encontrados en varias investigaciones donde las mujeres

tienen peor salud percibida que los hombres, de manera general (Cuellar-Flores & Sánchez-López, 2012; Griffin et al., 2003; Sánchez-López, Aparicio & Dresch, 2006).

Esta Tesis Doctoral versa sobre población sanitaria, por tanto trabajadora, y en principio es población sana sin grandes limitaciones para sus actividades laborales, si la comparamos con población general los resultados en valores medios absolutos son similares o superiores, excepto en las escalas de dolor de cuerpo, función social y rol emocional (ver tabla 7.2); parece que esta situación podría explicarse por el sesgo de “trabajador sano”, ya que en la bibliografía revisada está descrito que la población trabajadora tiene mejor sensación de su estado de salud (Artazcoz et al., 2004; Sánchez-López & Cardenal, 2001).

Tabla 7.2: Comparación de Medias aritméticas de Alonso, 1998 de Población General (PG) y Sánchez Ramos, 2015 de Profesionales Sanitarios (PS).

	Rol físico	Función física	Salud general	Dolor cuerpo	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
Alonso, 1998	83.2	84.7	68.3	79	66.9	90.1	88.6	73.3
Sánchez Ramos, 2015	86.9	94.1	74.4	19.6	67.1	12.0	11.1	75.3

En esta misma línea, Saavedra (2013) corrobora los resultados en relación a la bibliografía consultada, y así se puede concretar que los enfermeros y enfermeras obtienen mejores puntuaciones en salud autopercebida y estilos de vida (excepto en las horas de sueño) y peores puntuaciones en salud mental y en estrés laboral que los varones y mujeres de población general.

Existen diferencias en cuanto a los indicadores de rol de género según edad, siendo los jóvenes sanitarios los que dedican mayor número de horas al cuidado de los hijos. Estos resultados son similares a los encontrados en otros estudios, tal y como se

esperaba, encontramos que los hombres jóvenes dedican más tiempo a este tipo de tareas que los hombres mayores (Sánchez-Herrero Arbide et al., 2009). Este resultado del efecto de la edad, confirmado en estudios anteriores (Cruz et al., 2003; Habib, Zohry, Nuwayhid, & Najdi, 2006) puede venir dado por la asociación de roles de género de las diferentes generaciones de hombres, ya que las actitudes igualitarias están más presentes a medida que desciende la edad (Instituto de la Mujer, 2007). Sin embargo, Dorfman y Heckert (1988) han señalado que con la edad aumenta la participación de los hombres en las tareas domésticas.

Por tanto, aunque los estudios sistemáticamente muestran como los hombres jóvenes dedican más tiempo a las tareas domésticas, a medida que pasa el tiempo, se suceden las diferentes etapas del ciclo familiar y se modifican las circunstancias, aquellos hombres jóvenes dejan de colaborar (Martínez, 1997). Parece que el papel de hombres y mujeres no ha variado sustancialmente con respecto a generaciones anteriores. De manera que, los hombres dedican más tiempo al trabajo remunerado que las mujeres y que en el grupo de hombres de 30 a 44 años la participación en el trabajo doméstico es menor (Instituto de la Mujer, 2007), y es posible que los hombres de mayor nivel educativo (con más probabilidades también de emparejarse con mujeres de estudios superiores) tengan mayores ingresos económicos, lo que puede permitir que se recurra a ayuda externa para realizar tareas domésticas, lo que hace menos necesario la aportación de los hombres a dichas tareas (Larrañaga, Arregui & Arpal, 2004).

El cuidado de los hijos y de personas mayores, que habitualmente ejercen las mujeres, tiene un impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), especialmente para las mujeres cuidadoras de mediana edad (Marco et al., 2010). Cuando los hombres participan de los cuidados, las desigualdades de género se reducen o invierten (Larrañaga et al., 2008).

En cuanto a los resultados de los indicadores de rol de género según sexo, existen diferencias significativas, siendo las mujeres sanitarias las que dedican mayor número de horas a las tareas del hogar; además, los varones sanitarios como en otras investigaciones, afirman que sus parejas son las que más tiempo dedican al hogar y al cuidado de los hijos (Bianchi & Milkie, 2010; Bianchi, Robinson, & Milkie, 2006; Sánchez-Herrero Arbide, Sánchez-López & Dresch, 2009). No obstante, aunque siguen siendo las mujeres las principales cuidadoras de la familia, la implicación de los hombres en el cuidado familiar está aumentando en relación con años anteriores (Georgas et al., 2006; Marshall, 2006; Sayer, Bianchi & Robinson, 2004) y, en particular en el cuidado de los hijos (Cruz et al., 2003). Por último, en cuanto a la actitud ante el rol de género, existe una estrecha relación entre la actitud igualitaria de los hijos y su grado de participación en el trabajo familiar (Maganto, Etxeberria & Porcel, 2010).

Por tanto, parece lógico que las mujeres perciban peor salud que los varones, ya que son las que más tiempo dedican al cuidado del hogar y al cuidado de los hijos; en esta misma línea encontramos varios estudios (Aparicio-García et al., 2008; Sánchez-López, Aparicio & Dresch, 2006), donde se analiza la salud en distintos grupos: amas de casa, mujeres en paro, mujeres trabajadoras, varones en paro y varones trabajadores. Las amas de casa son las que peor salud presentaban, en segundo lugar las personas en paro, sean hombres o mujeres. De manera que al menos para las variables analizadas en estos estudios, la condición de tener o no un trabajo fuera del hogar pesaba más que el sexo/género de quienes lo ejercen. En contraposición, encontramos en los diferentes grupos de mujeres (cuidadoras formales e informales, mujeres que trabajan fuera del hogar que no son cuidadoras y amas de casa), que es el *cuidado* el que parece tener un efecto negativo en la salud (medida según el número de quejas físicas),

independientemente del lugar donde el cuidado (formal o informal) se lleve a cabo, en comparación con otras mujeres que no son cuidadoras (Sánchez-Herrero Arbide, Sánchez-López & Aparicio, 2011). Es decir, la salud no depende tanto de si una persona trabaja o no, sino del tipo de trabajo y de las demandas familiares (Artazcoz, Borrell & Benach, 2001). De ahí que las mujeres ocupan múltiples roles (ámbito familiar y laboral) con más frecuencia que los hombres y eso afecta negativamente a su salud (Artazcoz, García-Calvente, Esnaola, Borrell, Sánchez-Cruz & Ramos, 2002; Mathews & Power, 2002). Otras investigaciones han encontrado entre las mujeres españolas con responsabilidades familiares que el conflicto acerca de los roles de género podrían neutralizarse con los efectos beneficiosos del empleo pagado en la salud (Artazcoz et al., 2004).

En el *ámbito sanitario*, el conflicto de roles en las tareas del ámbito familiar y laboral se asocia a peor salud física y psicológica en médicas (Delgado Sánchez et al., 2011). Además, las médicas a pesar de la posibilidad de acceder a la investigación, por ser mujeres han tenido mayor dificultad de conciliar la vida personal y laboral con la carrera profesional (García de Cortázar, Arranz Lozano, Val Cid, Agudo, Viedma Rojas, Justo Suárez & Pardo Rubio, 2006).

Por otra parte, la teoría del apoyo social y su influencia en la salud de las mujeres predice que el apoyo recibido por parte de la pareja, de familiares, de amigos o de personal externo, tiene un efecto positivo en el bienestar psicológico de las mujeres y es un amortiguador frente a la depresión y la ansiedad (Brown, Parker-Domínguez & Sorey, 2000; Kelley, Hock, Jarvis, Smith, Gaffney & Bonney, 2002). Igualmente, una mayor implicación del cónyuge a las tareas del hogar y el cuidado de los hijos correlaciona de forma positiva con la satisfacción familiar y laboral y con la salud percibida (Sánchez-Herrero Arbide et al., 2009).

No se observan diferencias significativas en cuanto a la satisfacción personal (familiar, laboral y global) según sexo en los profesionales sanitarios, pero sí según la edad, siendo los sanitarios jóvenes los que manifiestan mayor satisfacción laboral y global. Además, son los varones jóvenes y las mujeres de mediana edad los que manifiestan mejor satisfacción laboral. Igualmente, son los varones y mujeres jóvenes los que manifiestan mejor satisfacción global. Estos resultados son similares a los encontrados en un trabajo de médicos de AP, que afirmaba como la edad apunta una tendencia significativa de satisfacción global decreciente a medida que el profesional envejece. La satisfacción laboral y el desgaste profesional muestra un comportamiento inverso, puesto que la satisfacción crece cuando el desgaste profesional adquiere valores bajos (Sobrequés et al., 2003).

En cuanto a la categoría profesional, los/as médicos/as de una muestra italiana, presentaban mejor rol físico, función física, salud general, función social y rol emocional que los/as enfermeros/as, sin embargo los/as enfermeros/as puntuaban más en vitalidad, salud mental y dolor que los médicos (Kheiraoui et al., 2012). Similares son los datos de una muestra de personal sanitario griega donde se observó que los/as médicos/as presentaban mejor salud física, función social y salud mental que las enfermeras y auxiliares de enfermería (Tountas et al., 2003). Es posible, como manifiestan Aparicio-García, Sánchez-López, Dresch y Díaz-Morales (2008) que el estatus laboral module la relación entre salud física y psicológica además de la variable sexo. De la misma manera, la función social es una variable relacionada con la salud; cuanto menor apoyo social se tiene en el trabajo, en una muestra de médicos/as y enfermeros/as de urgencias hospitalarias de Valencia (España), peor bienestar psíquico presentaban los/as médicos/as y además a menor apoyo por parte de los supervisores,



peor salud mental presentaban los/as médicos/as y mayor desgaste emocional los/as enfermeros/as (Escriba-Agüir & Pérez-Hoyos, 2008).

En cuanto a los entornos laborales sanitarios, aunque en esta Tesis Doctoral no se ha evaluado el estrés, sí resulta interesante destacar alguna pincelada sobre el estrés laboral de los profesionales sanitarios y su relación con la salud, ya que sí se han medido las estrategias de afrontamiento que utilizan los profesionales sanitarios para manejar las situaciones estresantes en su entorno laboral y cómo repercuten sobre su salud.

Han sido ampliamente descritos y analizados los altos niveles de estrés laboral en profesionales sanitarios y sus consecuencias sobre la salud física y psicológica (De Pablo, 2007; Gil-Monte, 2007; Grau et al., 2008; McHugh et al., 2011; Ortega, Ortiz & Coronel, 2007). El estrés laboral está relacionado con las características específicas de las profesiones sanitarias: atender al dolor, a la muerte, enfermedad terminal, situaciones de urgencia vital, la escasez de recursos humanos y materiales, escasa promoción profesional, conflicto de rol, dificultad para compatibilizar jornada laboral con responsabilidades familiares y de ocio. Además, de la carga de trabajo, el apoyo a la organización, el apoyo social, la relación con los compañeros, la autonomía, la comunicación y las recompensas (Begat, Ellefsen & Severinsson, 2005; Chang, Rand & Strunk, 2000; Chan, 2006; Lambert et al., 2007; Ortega Ruíz & López Ríos, 2004). Finalmente, el estrés laboral está relacionado con la baja satisfacción laboral, la alta rotación y el abandono de la profesión de enfermería (Aiken et al., 2002; Hays et al., 2006).

De manera que el entorno laboral sanitario (sufrimiento, muerte, estrés, etc.) junto al impacto negativo familiar (número de horas dedicadas al hogar y al cuidado de los hijos) repercute en el cansancio emocional y el burnout de los profesionales sanitarios

(Escribá et al., 2008; Farrerons & Calvo, 2008; Gil-Montes, 2007; Gil-Montes, Carretero, Roldan & Nuñez-Román, 2005; Serrano Gisbert, Garcés de Los Fayos & Hidalgo Montesinos, 2008).

Por tanto, se cumple la Hipótesis 2.1. *Los profesionales sanitarios jóvenes presentan mejor salud general que los de mediana edad.* Los sanitarios jóvenes manifiestan mejor salud general que los sanitarios de mediana edad. Se cumple la Hipótesis 2.2. *Las profesionales sanitarias mujeres presentan peor salud general que los profesionales sanitarios varones y son las mujeres las que posiblemente consuman más fármacos que los varones.* Las mujeres presentan peor salud psicológica y peor salud física (consumen más fármacos y presentan más dolencias) que sus compañeros varones, como así queda contrastada con la bibliografía consultada

Respecto a la tercera y cuarta hipótesis del objetivo número 2, relacionadas con las estrategias de afrontamiento según edad y sexo:

**Hipótesis 2.3.** *Los profesionales sanitarios de mediana edad adoptarán un estilo de afrontamiento evitativo y emocional.*

**Hipótesis 2.4.** *Es probable que las profesionales sanitarias mujeres adopten un estilo de afrontamiento basado en la evitación,* se relacionan tales resultados con la evidencia empírica y teórica disponible.

La tabla/resumen 7.3 representa una síntesis de los resultados respecto a las escalas del cuestionario de afrontamiento Brief-COPE según edad y sexo:

Tabla 7.3: Resumen de las escalas del Brief-COPE en edad y sexo

	EDAD	SEXO	EDAD X SEXO
AFRONTAMIENTO ENFOCADO PROBLEMA	(JV) AFRONTAMIENTO ACTIVO +		
AFRONTAMIENTO EVITATIVO		(M) NEGACIÓN*** (M)RELIGIÓN**	(V <sub>JV</sub> <sup>X</sup> M <sub>ME</sub> ) RELIGIÓN **

Nota = + p < 0.07; \*\*p<0.01,\*\*\*p<0.001; JV: jóvenes; ME: media edad; M: mujeres; V: varones.

## 2.- Discusión de las Estrategias de afrontamiento según edad y sexo:

### a) *Estrategias de afrontamiento según edad y sexo (Brief-Cope)*

No se han encontrado diferencias significativas en las escalas de afrontamiento según la edad de los profesionales sanitarios, sin embargo se ha observado que había una tendencia hacia la significación ( $p=0.073$ ) en afrontamiento activo, siendo los profesionales sanitarios jóvenes los que utilizan más la estrategia de afrontamiento activo (consiste en llevar a cabo acciones para eliminar o paliar el estresor).

Estos resultados son coincidentes con los obtenidos por Moreno-Jiménez et al. (2005), al encontrar que los médicos adultos utilizan más estrategias basadas en la negación y en la evitación del problema que los jóvenes que desarrollan frecuentemente estrategias de apoyo profesional y soluciones positivas.

En la misma línea, Yayli, Yaman y Yaman (2003) han constatado que entre los médicos/as y enfermeros/as de mayor edad prevalece el afrontamiento focalizado en la emoción, mientras que entre los profesionales más jóvenes parece que no predominaba este estilo de estrategia tan definido. Igualmente, Folkman et al. (1986) hallaron en adultos mayores un estilo de afrontamiento pasivo-dependiente y emocional como característico de la vejez. Vaillant (1977) y Pfeiffer (1977) afirman que el afrontamiento

varía con la edad, asegurando como el afrontamiento se hace más efectivo y más realista con la edad, y que existe menos dependencia de los mecanismos inmaduros. Sin embargo, otras investigaciones (Hays et al., 2006; Lert et al., 2001) han informado que la edad de los profesionales no aparece como una variable asociada a ninguna estrategia de afrontamiento determinada.

Tal vez, se podría atribuir el uso de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema como estrategias más adaptativas en los profesionales sanitarios jóvenes a dos causas:

*La formación:* la formación continuada de los/as enfermeros/as es un factor de protección frente a la sensación de incapacidad y frente a la respuesta al estrés. Existen investigaciones que relacionan la formación continuada de los profesionales con la buena práctica, con el optimismo en el trabajo (Brito Brito, Felipe, Gómez & Aguirre-Jaime, 2010; Pérez Rivas, Ochandorena Juanena, García, López, Ramos, Lagos & de Pareja Palmero, 2006; Robledo Cárdenas, 2006) y también se relaciona con la respuesta adecuada a los retos profesionales, tal y como se propone desde la Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud (Grupo CODAE).

*El ímpetu e inmediatez:* los jóvenes sanitarios utilizan estrategias de afrontamiento activas posiblemente por la inmediatez que conlleva la juventud, al desear resolver las situaciones de inmediato; estas estrategias de afrontamiento enfocadas al problema tendrían un efecto salutogénico como indican Folkman & Lázarus, (1988).

Con respecto a las estrategias de afrontamiento según el sexo, los resultados de la presente Tesis Doctoral indicaron que son las mujeres las que se diferencian por un mayor empleo de estrategias poco adaptativas: intentan rechazar la realidad del objeto estresor y aumentan sus actividades religiosas frente al estresor (negación y religión). Además, se ha hallado una interacción en la escala de religión según edad y sexo,

siendo los varones jóvenes y las mujeres de mediana edad los que utilizan afrontamiento evitativo, aumentando sus creencias y manifestaciones religiosas frente al estresor.

En población general, Matud (2004) encontró diferencias según sexo al analizar los estilos de afrontamiento, la salud y el estrés en una muestra española. Concretamente, las mujeres reportaron significativamente mayores niveles de estrés crónico, además puntuaron más alto en síntomas somáticos y distrés psicológico que los hombres. Con respecto a los tipos de afrontamiento y al estilo emocional adoptado, la autora encontró que los hombres utilizaron significativamente en mayor medida que las mujeres la estrategia de afrontamiento racional, la de desapego, e inhibición emocional. Por su parte, las mujeres mostraron mayores niveles de afrontamiento emocional y evitación que los hombres.

En la misma línea, Moysén et al. (2011) hallaron en una muestra de 1800 universitarios (48.8% hombres y 51.2% mujeres) tras la aplicación del COPE (Carver et al., 1989), que las mujeres mostraron una media más alta en las siguientes estrategias: religión, búsqueda de apoyo social y centrarse en desahogar las emociones; mientras que los hombres presentaban mayores puntuaciones en las estrategias: planificación, afrontamiento activo, consumo de drogas y alcohol y humor. Asimismo, confirman la utilización de estrategias de afrontamiento evitativo por partes de las mujeres (González Leandro & Castillo, 2010; Piemontesi & Heredia, 2009); por tanto estas investigaciones avalan los resultados de esta Tesis Doctoral.

En un grupo de mujeres mayores argentinas, se evaluaron las estrategias de afrontamiento antes y después de una intervención de aprendizaje social. Se mostraron diferencias significativas en el grupo de intervención, ya que aumentó el uso de estrategias activas y adaptativas, de carácter conductual y cognitivo; y disminuyó el uso de las evitativas y de carácter emocional. El aprendizaje social se relacionó

positivamente con un afrontamiento activo y adaptativo a la crisis de envejecimiento femenino (Krzemien, 2007; Urquijo, Monchietti & Krzemien, 2008). Estos resultados nos invitan a pensar en perspectivas futuras a realizar intervenciones similares para mejorar las estrategias de afrontamiento de los profesionales sanitarios de AE y AP.

Carver y colaboradores (1989) por su parte, sugieren que no importa tanto el carácter activo o pasivo de una estrategia mientras ésta resulte ser útil y beneficiosa para resolver exitosamente una situación estresante. Manteniendo esta idea, cabría esperar que para situaciones que se puedan y deban resolver (intervenciones médicas y enfermeras en situaciones de urgencia, diagnóstico médico o enfermero, etc.) se deberían utilizar estrategias de afrontamiento del problema o activas, mientras que en situaciones donde la resolución sea más incierta, que no dependan tanto de las intervenciones médicas o enfermeras, las estrategias descritas como pasivas, en estos casos serían adaptativas.

Son numerosas las investigaciones (Chang et al., 2006; Healy & McKay, 2000; Lambert et al., 2007; Lambert, Lambert & Ito., 2004; Li & Lambert, 2008; Payne, 2001), independientemente del país (Australia, China, Japón, Nueva Zelanda, Corea del Sur, Tailandia, Reino Unido y Estados Unidos), que han puesto de manifiesto como la estrategia de afrontamiento más utilizada en profesionales sanitarios (en su mayoría, enfermería), es la planificación. También utilizan la búsqueda de apoyo social, el autocontrol y reevaluación positiva como estrategias para hacer frente a los agentes estresantes en el lugar de trabajo.

Con respecto a las diferencias culturales, las estrategias de afrontamiento centradas en el problema tienden a asociarse a una mejor salud mental frente al estrés laboral en culturas occidentales, más que en culturas orientales, donde las estrategias

centradas en la emoción se asocian a menudo positivamente con la salud mental (Lambert et al., 2008; Lambert et al., 2007; Lambert et al., 2004).

Si bien es cierto que no hay unanimidad en las estrategias que adoptan mujeres y varones, las mujeres (sean médicas o enfermeras) parecen optar con más frecuencia que sus colegas varones por la búsqueda de apoyo social, incluido el apoyo profesional, pensamientos positivos y relajación (Lert, Chatang & Castano, 2001); sin embargo, (Hays et al., 2006) no han encontrado asociación alguna entre estrategias de afrontamiento y sexo.

Payne (2001), en un grupo de enfermeros/as y auxiliares de enfermería de cuidados paliativos en el Reino Unido se estudió el modo de afrontar el estrés como predictor del burnout. La investigación concluyó que el afrontamiento centrado en el problema se relacionaba positivamente con el burnout, mientras que el afrontamiento centrado en la emoción lo hacía de manera negativa. El modo de afrontamiento de este grupo podría explicar que los niveles de burnout eran bajos, posiblemente porque utilizaban estrategias más eficaces que otros/as enfermeros/as, a pesar de ser una unidad de cuidados paliativos donde se convive con la muerte como agente estresor. Mientras que, en una muestra de enfermeros/as de UCI de diferentes hospitales argentinos, tendían a utilizar estrategias de afrontamiento menos adaptativas, a medida que aumentaba su nivel de burnout (Popp, 2008).

Dado que los entornos sanitarios se caracterizan por situaciones estresantes, favoreciendo la ansiedad y el burnout, parece importante mejorar las estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud, que permitan optimizar la gestión emocional, especialmente la reducción de la ansiedad. Ello comportaría la disminución del riesgo de presentar malestar psicológico en los profesionales sanitarios.

Finalmente, las mujeres sanitarias de esta Tesis Doctoral utilizan estrategias de afrontamiento menos adaptativas (negación, religión) que los varones, por lo que es probable que las mujeres sanitarias manifiesten peor salud física y peor salud psicológica que sus compañeros varones. En esta línea, los resultados ponen de manifiesto en un grupo de enfermeras de salud mental malagueñas, que no usan en su mayoría estrategias adaptativas. Aunque, cuando utilizan estrategias adaptativas existe en estas enfermeras una correlación positiva entre el uso de estrategias adaptativas, principalmente resolución de problemas y satisfacción laboral. Asimismo, en un grupo de enfermeras australianas y de Nueva Zelanda analizando el estrés en el trabajo, el afrontamiento y la salud, encontraron que las enfermeras que utilizaban afrontamiento centrado en el problema presentaban mejor salud mental (Chang et al., 2007). Estos hallazgos sugieren la necesidad de formación y entrenamiento en el uso de estrategias de afrontamiento (Perea Baena & Sánchez Gil, 2008) para minimizar los daños sobre la salud de los profesionales sanitarios.

Por tanto, no se cumple la hipótesis 2.3: **Hipótesis 2.3.** *Los profesionales sanitarios de mediana edad adoptarán un estilo de afrontamiento evitativo y emocional.* Se cumple la hipótesis 2.4: **Hipótesis 2.4.** *Es probable que las profesionales sanitarias mujeres adopten un estilo de afrontamiento basado en la evitación.* Los profesionales jóvenes adoptan estilos de afrontamiento centrado en el problema (afrontamiento activo) y además las profesionales sanitarias mujeres son las que adoptan afrontamiento evitativo (negación y religión).

Respecto a la quinta y sexta hipótesis del objetivo 2 relacionada con los estilos de personalidad según edad y sexo:

**Hipótesis 2.5.** *Es probable que a medida que aumenta la edad se sea más conformista.*



**Hipótesis 2.6.** *Las mujeres sanitarias posiblemente adoptarán un estilo de personalidad de protección*, se plantean algunas interpretaciones a estos resultados.

Por último, para poder contrastar estas dos hipótesis se compara la muestra de profesionales sanitarios analizando los estilos de personalidad según edad y sexo. Los resultados más relevantes de este estudio indican que la personalidad juega un papel importante a la hora de definir las características de los profesionales sanitarios. A continuación, se presenta una tabla/resumen 7.4 de las escalas del MIPS en las que se encontraron diferencias según edad y sexo:

Tabla 7.4: Resumen de las escalas del MIPS en edad y sexo

	EDAD	SEXO	EDAD <sup>x</sup> SEXO
<b>MM</b>	(ME) <b>2A</b> . MODIFICACIÓN*	(V) 3B.PROTECCIÓN***	(V <sub>ME</sub> <sup>x</sup> M <sub>JV</sub> ) <b>1A</b> .EXPANSIÓN* (V <sub>JV</sub> <sup>x</sup> M <sub>ME</sub> ) 2B.ADECUACIÓN*
<b>MC</b>	(ME) <b>4A</b> EXTRAVERSIÓN*	(M) <b>6A</b> .PENSAMIENTO** (V) 6B.SENTIMIENTO***	
<b>CI</b>	(JV) 8A. * RETRAIMIENTO * (ME) <b>8B</b> . SOCIABILIDAD *	(V) <b>12B</b> .AQUIESCENCIA*	

Nota = \*p<0.05, \*\*p<0.01,\*\*\*p<0.001; JV: jóvenes; ME: media edad; M: mujeres; V: varones. MM: **Metas Motivacionales** (la forma como uno enfrenta el entorno que le rodea); MC: **Modos Cognitivos** (A la hora de buscar la información); CI: **Conductas Interpersonales** (Como se relacionan con los demás). Rojo; características personalidad más adaptativas, Negro; características menos adaptativas.

### 3.- Discusión de los **Estilos de personalidad** según edad y sexo:

#### a) Estilos de personalidad según edad y sexo (MIPS)

A partir de los análisis realizados se obtienen diferencias en 5 de las 24 escalas que integran el MIPS. El perfil de los profesionales sanitarios en cuanto a los estilos de

personalidad relacionados con la edad revelan en las Metas Motivacionales (la forma como uno se enfrenta al entorno que le rodea), que los sanitarios de mediana edad se dedican a modificar y organizar su entorno para satisfacer sus deseos y necesidades (2A-Modificación). A la hora de buscar la información (Modos Cognitivos), los PS de mediana edad recurren a los demás para encontrar estímulos y ánimo (4A-Extraversión). Por último, cuando se relacionan con los demás (Conductas Interpersonales), los sanitarios de mediana edad buscan la atención, el entusiasmo y el estímulo social (8B-Sociabilidad). Se podría pensar que los sanitarios de mediana edad dada su amplia experiencia en entornos sanitarios desarrollan características personales más adaptativas, por tanto se caracterizan por ser activos, buscan información en los demás y son más sociables.

Mientras que los profesionales sanitarios jóvenes, en las metas motivacionales poco hacen por dar forma a sus vidas o modificarlas (2B-Adecuación) y además estos profesionales sanitarios jóvenes en cuanto al área interpersonal, se caracterizan por no demostrar sus emociones y por su indiferencia social (8A-Retrainimiento). Es probable que los sanitarios jóvenes cuando comienzan a desarrollar su trabajo presenten un perfil pasivo y retraído posiblemente por su inexperiencia en un entorno sanitario, de modo que se limitan en un principio a observar, más tarde utilizarán aprendizaje por imitación para posteriormente desarrollar su carrera a través del conocimiento y la experiencia.

En cuanto a la estabilidad de los rasgos de personalidad con la edad, los resultados son dispares, aunque el aumento de la introversión con la edad se repite tanto en estudios transversales como longitudinales (McCrae & Costa, 1994; Sánchez-López, Díaz-Morales & Aparicio, 1998). Otros investigadores como Srivastava et al. (2003) han encontrado que con la edad disminuye la apertura tanto en varones como en

mujeres y también disminuye la extraversión en mujeres al aumentar la edad, en una muestra mayoritariamente de mujeres.

En la misma línea, (Cardenal-Hernández & Fierro-Bardaji, 2001; Díaz-Morales & Castro-Solano, 2000) encontraron que los estilos de acomodación y retraimiento suelen señalarse como rasgos de la adultez más tardía de la tercera edad; sin embargo, en esta Tesis Doctoral estos estilos de personalidad (acomodación y retraimiento) se manifiestan en los profesionales sanitarios jóvenes, presentando características personales menos adaptativas. Cabría pensar que dada la dificultad al acceso de las profesiones sanitarias, junto con la inexperiencia y la precariedad en la estabilidad laboral es posible que los sanitarios jóvenes se acomoden a las circunstancias creadas por otros y sean poco colaboradores. Aunque estos sanitarios jóvenes a pesar de presentar características personales menos adaptativas, utilizan estilos de afrontamiento más adaptativos centrado en el problema (afrontamiento activo). Estas características personales podrían relacionarse con su mejor salud física en general; y en cuanto a lo concreto, los sanitarios jóvenes varones y las mujeres de mediana edad que se caracterizan por no intentar dirigir sus vidas, son personas sin iniciativa (2B-Adecuación), utilizan estrategias evitativas (religión) y manifiestan buena satisfacción laboral y global. Mientras que los sanitarios varones de mediana edad y las mujeres jóvenes se caracterizan por ser optimistas (1A-Expansión), y además, valoran el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (Rol Emocional).

A tenor de los resultados del estudio, si con los años hay estilos de personalidad que cambian, estos estilos de personalidad serían características personales más adaptativas, esto se manifiesta con una creciente modificación, extraversión y sociabilidad. En esta misma línea, Millon (1994) afirma que a mayor edad es probable

que las personas obtengan mayor puntuación en modificación, sensación, sistematización, comunicatividad, firmeza, conformismo y control. Parece que los jóvenes sanitarios tienen un estilo de personalidad diferente a los jóvenes de población general, es previsible que estos estilos de personalidad cambien con la edad por la experiencia adquirida a lo largo de los años y la estabilidad laboral.

No obstante, el interés del estudio de la personalidad radica, no ya en si hay cambio o estabilidad de la personalidad, sino en poder predecir en qué momento es adaptativo permanecer estable y en cuáles es mejor cambiar y adaptarse a las nuevas situaciones vitales, por ejemplo, ser más introvertido, puede ser más “adaptativo” a los 30-40 años que a los 20-30 años. De manera que en el grupo de sanitarios jóvenes se podrían realizar intervenciones sobre los estilos de personalidad que les pusiera en una posición menos vulnerable en su entorno laboral. También sería interesante realizar un estudio longitudinal donde se pudiera explicar el cambio de las características de personalidad que experimentan los profesionales sanitarios jóvenes de este estudio.

A partir de los análisis realizados en esta Tesis Doctoral, se han obtenido diferencias significativas en los estilos de personalidad según sexo, en las Metas Motivacionales, los profesionales sanitarios **varones** están motivados por satisfacer en primer lugar las necesidades de los demás, se les consideran protectores, además cuidan a los demás antes de cuidarse a sí mismos (3B-Protección). Imperaría pues, la adaptación a una situación en la que prevalece la atención por el bienestar del paciente, a costa del desarrollo de la propia individualidad (Erickson & Upshur, 1989; Quittner, Oipari, Regoli, Jacobsen & Eigen, 1992). En cuanto al estilo cognitivo, tienden a procesar las experiencias en términos emocionales, forman sus criterios según sus propias respuestas afectivas (6B-Sentimiento), que puede ser un resultado del continuo estrés al que están sometidos (Limiñana et al., 2009a). En cuanto al área interpersonal,

suelen agradar fácilmente y con frecuencia se relacionan con los demás de una manera dócil (12B-Aquiescencia); esta tendencia, pone de manifiesto una marcada disposición al afecto y la receptividad social como uno de los recursos personales específicos en el proceso de adaptación psicológica al cuidado (Limiñana et al., 2009a). Este perfil de los varones de esta Tesis Doctoral es muy “femenino”. Por otro lado, las profesionales sanitarias **mujeres** prefieren procesar el conocimiento que tienen mediante la lógica y el razonamiento analítico. Toman decisiones basadas en el juicio analítico (6A-Pensamiento).

Las diferencias de sexo/género en personalidad a nivel de la población general en el modelo de Millon cabe esperar en dos escalas; Individualismo (favoreciendo a los varones) y Protección (favoreciendo a las mujeres). Sin embargo los resultados de esta investigación afirman que son los varones los que están motivados a satisfacer primero a los demás. Este hecho puede constatar que los patrones de intereses de varones y mujeres en iguales ocupaciones (profesionales sanitarios mayoritariamente mujeres) sean más similares que los de personas del mismo sexo en profesiones diferentes.

Por tanto, parece que los varones sanitarios tienen un estilo de personalidad diferente de los varones a nivel poblacional, es probable que las características sanitarias que desarrollan estos profesionales de la salud puedan estar relacionadas con los estilos de personalidad, de manera que en esta Tesis Doctoral se estudian las interacciones del sexo y la actividad sanitaria relacionada con los estilos de personalidad en el objetivo 3 para dar mayor coherencia al perfil de personalidad de los PS. No obstante, es posible que en un contexto de cuidados las características personales de los profesionales sanitarios (varones y mujeres) presenten incongruencia de rol, es decir; probablemente los sanitarios varones adopten un papel protector y se expresen en términos emocionales, mientras que las mujeres manifiesten más sus juicios

analítico para adaptarse ambos a un entorno que requiere tanto la toma de decisiones mediante la lógica como el acercamiento afectivo y emocional hacia el cuidado de los demás.

Finalmente, los resultados obtenidos en esta Tesis Doctoral indican que las sanitarias mujeres obtienen una mayor puntuación en escalas consideradas más "adaptativas", mientras que los sanitarios varones obtienen una mayor puntuación en las escalas pertenecientes al grupo de las más "desadaptativas" del MIPS. En este sentido se encuentran resultados contradictorios en investigaciones como la de Bonilla & Castro (2000), donde las mujeres obtienen mayor puntuación en las escalas consideradas más desadaptativas (Millon 1994a; 2004a), mientras que las escalas en las que los varones obtienen una mayor puntuación son escalas pertenecientes al grupo de las más adaptativas del MIPS. Es probable que tanto los varones como las mujeres de esta investigación tengan un estilo de personalidad diferente al poblacional porque su actividad laboral (AE/AP) los perfila de esa manera.

En esta línea, el perfil de cuidadores de familiares dependientes, se caracteriza por estilos psicológicos preferentemente relacionados con las escalas Protección, Sensación, Sentimiento, Conformismo y Aquiescencia), y revelan que las bipolaridades Expansión-Preservación, Extraversión-Introversión, Retraimiento-Sociabilidad, Indecisión-Decisión y la escala Dominio, se relacionan con una peor salud psicológica (Cuellar-Flores, & Sánchez-López, 2012). Estos cuidadores informales presentan características de los estilos de personalidad parecidas a las características personales de los sanitarios varones de la muestra de estudio.

Por lo tanto, no se confirman las 2.5 y 2.6. **Hipótesis 2.5.** *Es probable que a medida que aumenta la edad se sea más conformista.* **Hipótesis 2.6.** *Las mujeres sanitarias posiblemente adoptarán un estilo de personalidad de protección.* Los

profesionales sanitarios de mediana edad presentan características personales adaptativas (2A-Modificación, 4A-Extraversión y (8B-Sociabilidad). Las mujeres sanitarias adoptaron un estilo de personalidad de pensamiento (6A-Pensamiento).

### 7.3 – DIFERENCIAS SEGÚN TIPO DE ACTIVIDAD/ATENCIÓN SANITARIA Y SEXO EN SALUD Y ESTILOS DE PERSONALIDAD

Este apartado de la discusión está en relación con el **Objetivo 3**. Analizar las diferencias en variables de salud y personalidad (estilos de afrontamiento y estilos de personalidad) según actividad sanitaria de atención especializada (AE) y atención primaria (AP).

Las conclusiones del tercer objetivo serán expuestas de acuerdo a los objetivos e hipótesis presentados en el capítulo 5 y a los propios resultados mostrados en el capítulo 6. Las conclusiones de este objetivo se describen siguiendo la misma estructura que la mantenida para presentar las hipótesis y los resultados del mismo. Para poder indagar sobre este objetivo tan amplio, se establecieron cinco hipótesis.

En primer lugar, se procede a la discusión de la primera, relacionada con la salud general y física según actividad sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP).

**Hipótesis 3.1.** *Personal sanitario de AE obtendrá peores puntuaciones en Salud General y peores puntuaciones en Salud Física (dolencias) que el personal sanitario de AP.*

Para continuar con la discusión de la segunda y tercera hipótesis, relacionadas con la salud psicológica según actividad sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP).

**Hipótesis 3.2.** *Personal sanitario de AE obtendrá peores puntuaciones en Satisfacción Personal y Satisfacción con la vida que el personal sanitario de AP.*



**Hipótesis 3.3.** *Los profesionales sanitarios varones tendrán mejores puntuaciones en Satisfacción Personal y Satisfacción con la vida que las profesionales sanitarias mujeres*

A continuación, se presenta una tabla/resumen de la Salud Física (Consumo de sustancias y Dolencias Físicas) y la Salud Psicológica (SF-36 e Indicadores de roles de género) según actividad sanitaria (AE/AP) y sexo.

Tabla 7.5: Resumen de la Salud física y Salud Psicológica en Actividad Sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP) y sexo.

	AE	AP	AE/AP ^ SEXO
<b>SALUD FÍSICA</b>	CONSUMO FÁRMACOS*		
	CONSUMO TABACO*		
	(M <sub>AE</sub> ) DOLENCIAS**		
<b>SF-36</b> (Componente Físico)	SALUD GENERAL***		
<b>INDICADORES DE GÉNERO</b>	Nº HORAS AL CUIDADO DE LOS HIJOS*		

Nota = \*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001; M: mujeres; AE: Atención Especializada; AP: Atención Primaria.

1.- Discusión de la **Salud física y psicológica** según sexo y actividad sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP):

a) Salud Física según actividad sanitaria (AE/AP) y sexo (consumo de sustancias y dolencias)

No se observaron diferencias entre ambos grupos sanitarios (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP) en consumo de alcohol y psicofármacos, pero sí en el consumo de tabaco y de fármacos, siendo los/as profesionales sanitarios/as de AP los que consumen más cigarrillos que los/as sanitarios/as de AE, mientras que

los/as profesionales de AE consumen más fármacos que los/as profesionales sanitarios de AP; además son las mujeres de AE las que obtienen una mayor puntuación en dolencias que los varones. Estos resultados difieren en parte, de los encontrados por otros autores (Fernández-Ruiz & Sánchez-Bayle, 2003) donde el tabaquismo es más frecuente en sanitarios/as de AE que en AP. En la última encuesta, de 2011, las más jóvenes de las profesiones sanitarias son las que menos fuman, lo que permite un cierto optimismo.

El consumo de alcohol en sanitarios/as de AP era similar al de la población general y el consumo de riesgo predominaba en el profesional femenino (Rodríguez-Fernández et al., 2001), mientras que en población general el consumo de riesgo es mayor en hombres que en mujeres en todas las edades excepto en las más jóvenes (ENS, 2012).

Los/as sanitarios/as de AP que fumaban o que consumían alcohol efectuaban menos actividades preventivas sobre el tabaquismo e intervenían menos sobre el consumo de alcohol de sus pacientes (Fonseca et al., 2013). De modo que cobran relevancia los hábitos cotidianos o estilos de vida de los/as PS, no sólo por las implicaciones para su propia salud, sino también por una gran influencia sobre la salud de sus pacientes (Oberg & Frank, 2009).

En cuanto al consumo de fármacos estos resultados son similares a los encontrados en un trabajo reciente en el que los/as profesionales de AE consumen más fármacos que los/as de AP, en primer lugar porque presentan patologías banales y además por la fácil accesibilidad a los fármacos (Delgado et al., 2013). Los índices de automedicación en los/as profesionales sanitarios/as son controvertidos, ya que esta práctica se puede ver facilitada por el fácil acceso a los fármacos y la dificultad de acceso a los servicios de salud como usuarios, bien sea por falta de tiempo o por la

dificultad de cuidados hacia uno mismo (Rocha Barros et al., 2009). Aunque, no existen muchos estudios que indiquen el comportamiento de los profesionales sanitarios sobre el uso de psicofármacos, según Tizón Bouza y Vázquez Torrado (2006) en su estudio sobre “Automedicación en el personal de enfermería Hospitalaria” el 91% de los/as enfermeros/as y auxiliares de enfermería encuestadas tomaban fármacos a lo largo del año del estudio, aunque sólo al 14.3% de ellas se los habían prescrito. Las patologías que destacaron para automedicarse fueron: cefaleas, dolor de espalda, fiebre o traumatismos. La prevalencia de automedicación en enfermería, ascendía a un 85.6%, porcentaje elevado que requiere especial atención (Borrajó de Lama, & Arriba Arriba, 2004).

Respecto a las dolencias, son las mujeres sanitarias de AE las que obtuvieron una mayor puntuación en dolencias que los varones; sin embargo, en una muestra de sanitarios/as de AP no se encontraron diferencias en la salud física, aunque las mujeres presentaron peor salud psíquica que los varones (Delgado et al., 2013). Es preciso indicar que las características de las muestras de los estudios mencionados no coinciden exactamente con la composición de la muestra utilizada en la presente Tesis Doctoral, por lo que las comparaciones realizadas deben tomarse con cautela.

*b) Salud Psicológica según actividad sanitaria (AE/AP) y sexo (SF-36 e Indicadores de roles de género)*

Existen diferencias significativas de la salud psicológica (SF-36) relacionada con actividad sanitaria (AE/AP), siendo los/as profesionales sanitarios/as de AE los que manifiestan mejor salud general que los/as profesionales sanitarios/as de AP. No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos (AE/AP) en el resto de las

escalas del SF-36. Estos resultados difieren de los encontrados por otros autores (Escribá-Agüir, Artazcor & Pérez-Hoyos, 2008; Suñer-Soler et al., 2013) que hallaron en profesionales sanitarios de AE peores puntuaciones en el componente de salud mental del SF-36 que la población general. Además la percepción de la salud era peor en aquellos profesionales sanitarios que presentaban alto índices de burnout.

En cuanto a los indicadores de roles de género y la actividad sanitaria (AE/AP) no se han encontrado diferencias en cuanto al número de horas dedicadas al hogar, ni al número de horas de implicación del cónyuge al cuidado del hogar y de los hijos. En cambio si se observan diferencias en el número de horas dedicadas a los hijos, siendo los/as profesionales sanitarios/as (PS) de AE los que mayor número de horas dedican al cuidado de los hijos. Estos resultados son similares a los encontrados en un grupo de profesionales sanitarios de AE que trabajan a turno de 12h, quienes expresan niveles superiores de conciliación laboral y personal, concretamente en tiempo de ocio para disfrutar y tiempo de dedicación familia-amigos, así como niveles más bajos de percepción de fatiga. Esto podría relacionarse por la presencia diaria de los/as enfermeros/as de turno de 7-8 horas a su puesto de trabajo, mientras que los/as de turno de 12 horas normalmente descansan días completos y pueden percibir mayor conciliación de su vida laboral y personal (Arroyo, González, Jaime, Masllorens & Martín, 2013). En la misma línea, la teoría del apoyo social y su influencia en la salud de las mujeres predice que el apoyo recibido por parte de la pareja, de familiares, de amigos o de personal externo, tiene un efecto positivo en el bienestar psicológico de las mujeres y es un amortiguador frente a la depresión y la ansiedad (Brown, Parker-Domínguez & Sorey, 2000; Elliot, 2001; Kelley et al., 2002). Además, la salud física y psicológica tanto en médicos como en las médicas de AP, disminuye al aumentar las

horas dedicadas al hogar los fines de semana y el conflicto familia-trabajo (Delgado et al., 2013).

En conclusión, se confirma parcialmente la Hipótesis 3.1. *Personal sanitario de AE obtendrá peores puntuaciones en Salud General y peores puntuaciones en Salud Física (dolencias) que el personal sanitario de AP.* El personal sanitario de AE obtiene peores puntuaciones en Salud Física (dolencias) que el personal sanitario de AP, sin embargo obtiene mejores puntuaciones en Salud General.

Respecto a la discusión de la segunda y tercera hipótesis del objetivo 3, relacionadas con la satisfacción según actividad sanitaria y sexo:

**Hipótesis 3.2.** *Personal sanitario de AE obtendrá peores puntuaciones en Satisfacción Personal y Satisfacción con la vida que el personal sanitario de AP.*

**Hipótesis 3.3.** *Los profesionales sanitarios varones tendrán mejores puntuaciones en Satisfacción Personal y Satisfacción con la vida que las profesionales sanitarias mujeres,* se relacionan tales resultados con la evidencia empírica y teórica consultada.

La tabla/resumen 7.6 indica los resultados respecto a las escalas de la satisfacción personal y vital, según actividad sanitaria (AE/P) y sexo.

Tabla 7.6: Resumen de las escalas del Satisfacción Personal Satisfacción Laboral, Satisfacción Global y Satisfacción vital en Actividad Sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP) y sexo.

AE	AP	AE/AP x SEXO
SATISFACCIÓN LABORAL		$(V_{AE}^X M_{AP})$ SATISFACCIÓN LABORAL***
SATISFACCIÓN GLOBAL		$(V_{AE}^X M_{AP})$ SATISFACCIÓN GLOBAL***
SATISFACCIÓN VITAL		$(V_{AE}^X M_{AP})$ SATISFACCIÓN VITAL**

Nota = \*p<0.05, \*\*p<0.01,\*\*\*p<0.001; V: varones; M: mujeres; AE: Atención Especializada; AP: Atención Primaria.

c) Salud Psicológica según actividad sanitaria (AE/AP) y sexo (satisfacción personal y satisfacción vital)

No se han encontrado diferencias significativas en cuanto a la Satisfacción Personal (satisfacción laboral, familiar y global) y la satisfacción vital (SWSL) según la actividad sanitaria (AE/AP), tampoco se han hallado diferencias entre la satisfacción personal y la satisfacción vital (SWSL) y el sexo. En cambio, sí se han encontrado diferencias significativas en la interacción del sexo y actividad sanitaria (AE/AP), siendo los profesionales sanitarios varones de AE y las mujeres de AP los que manifiestan mejor satisfacción laboral y satisfacción global. También se han encontrado diferencias significativas en la satisfacción vital (SWSL), siendo los profesionales sanitarios varones de AE y las mujeres de AP los que manifiestan mejor satisfacción con la vida. Por tanto la satisfacción de los/as profesionales sanitarios/as depende tanto del sexo (V/M) como del contexto (AE/AP).

Desde una perspectiva de género, las diferencias de sexo que se planteaban dependen del contexto; es decir, no dependen exclusivamente del sexo, sino de la interacción entre sexo<sup>x</sup>situación. Presumiblemente, los profesionales sanitarios varones de AE manifiesten mejor satisfacción laboral, satisfacción global y satisfacción con la vida que los sanitarios de AP, porque los varones sanitarios en los entornos hospitalarios buscan áreas de trabajo más tecnificadas e independientes que las unidades de hospitalización (Celma & Acuña, 2009; Villela, 2010); además, manifiestan mayor reconocimiento y prestigio los profesionales de unidades especiales hospitalarias (unidad de cuidados intensivos, urgencias, quirófano, etc.) siendo en estas áreas la presencia superior de enfermería masculina, sin conocer exactamente si se debe a una preferencia personal (requerimiento de un alto grado de conocimientos, entorno

tecnificado, diferente relación interpersonal con el paciente y la familia) o a una decisión de los cargos gestores (Fajardo & German, 2004). Además, los PS de AE a medida que tienen mejor clima laboral, manifiestan mejor satisfacción familiar y laboral (García Pozo et al., 2010). Por último, a pesar de constituir un grupo minoritario en la profesión, algunos autores señalan que los hombres podrían tener más facilidades para ocupar los puestos de responsabilidad (Evans, 1997; Tracey & Nicholl, 2007); por todo ello, los varones manifiestan más satisfacción personal y vital cuando desarrollan su trabajo en entornos de atención especializada (AE).

En cuanto a las profesionales sanitarias mujeres de AP es posible que manifiesten mejor satisfacción laboral, satisfacción global y satisfacción con la vida que las sanitarias de AE, porque la atención primaria se caracteriza por una mayor autonomía a la hora de desarrollar la actividad sanitaria, es posible que esta mayor autonomía de las tareas, podría proporcionar mayor satisfacción en las sanitarias de AP. Además las médicas AP, en primer lugar, cuentan más con las enfermeras para trabajar, proporcionando mayor información sobre promoción y prevención de la salud a sus pacientes y en segundo lugar, ellas mismas actúan como modelos de una vida saludable (Delgado et al., 2001). Asimismo, reciben mayor valoración y satisfacción por la atención prestada por parte de los pacientes (Bertakis, Franks & Azari, 2003).

En cuanto a la turnicidad existe controversia, es probable que las sanitarias de AP al trabajar en turnos fijos, sin turnos de noche y libres los festivos, concilien mejor su vida laboral y familiar, por lo que manifiestan mejor satisfacción (Robles García et al., 2005), aunque otros autores (Delgado et al., 2013) sostienen que la salud psíquica disminuye en ambos sexos al aumentar las horas dedicadas al hogar los fines de semana y el conflicto familia-trabajo, desempeñando un papel más relevante las características

familiares, por lo que el estudio de turnicidad en ambos ámbitos sanitarios (AE/AP) se plantea como perspectiva futura para dar respuesta a estas dudas.

Finalmente, en general la satisfacción de los/as profesionales sanitarios/as de AE es moderada, tanto en investigaciones internacionales como nacionales: enfermeras hospitalarias americanas (Kacel, Miller & Norris, 2005), trabajadores de un hospital de Estonia (Kaarna, Põlluste Lepnurm & Thetloff, 2004), enfermeras hospitalarias turcas (Golbasi, Kelleci & Dogan, 2008), enfermeras chinas hospitalarias (Wang, Tao, Ellenbecker & Liu, 2012), enfermeros/as de urgencias hospitalarias españolas (Ríos-Risquez & Godoy-Fernández, 2008) y en enfermeros/as en un hospital (AE) español de alta complejidad (García-Pozo, Moro-Tejedor & Medina-Torres, 2010). En contextos sanitarios de AP encontramos también niveles moderados de satisfacción, tanto a nivel internacional, en un grupo de enfermeros/as de Arabia Saudí estaban satisfechas con su vida laboral (Almalki, FitzGerald & Clard, 2012), como a nivel nacional, observamos que la calidad de vida laboral (clima laboral y satisfacción o motivación laboral) en una muestra de profesionales de AP era moderada (Garzón González et al., 2010). Por último, la insatisfacción se relaciona con el síndrome del burnout (Jenaro-Rio, Flores-Robaina & González-Gil, 2007).

Por tanto, se confirma parcialmente la hipótesis 3.2. *Personal sanitario de AE obtendrá peores puntuaciones en Satisfacción Personal y Satisfacción con la vida que el personal sanitario de AP.* Las sanitarias mujeres de AE y los sanitarios varones de AP obtienen peores puntuaciones en Satisfacción Personal y satisfacción con la vida que el personal sanitario varones de AE y mujeres de AP. La Satisfacción Personal y Satisfacción con la vida del personal sanitario depende del sexo y de la actividad laboral que desempeñe.



No se confirma la hipótesis 3.3. *Los profesionales sanitarios varones tendrán mejores puntuaciones en Satisfacción Personal y Satisfacción con la vida que las profesionales sanitarias mujeres.* Los profesionales sanitarios varones de AE y las profesionales sanitarias mujeres de AP puntúan más alto en Satisfacción Personal y Satisfacción con la vida que los profesionales sanitario mujeres.

En definitiva, la satisfacción personal y la satisfacción vital, son elementos a considerar en la salud del personal sanitario. Los/as profesionales de la sanidad dedicados a los cuidados de la salud, tienen que mantener una armonía para su salud psicológica, tanto en el ámbito familiar como en el laboral y con perspectivas en la vida. Tal equilibrio, puede estar relacionado con el sexo y con la situación/entorno laboral (AE/AP). En esta Tesis Doctoral se ha considerado el sexo y los entornos laborales (especializada y primaria) como elementos relacionados con la salud física y psicológica del personal sanitario.

En segundo lugar, se procede a la discusión de la cuarta hipótesis, relacionada con el modo de afrontamiento según actividad sanitaria y sexo.

**Hipótesis 3.4.** *Los profesionales de AE utilizarán modos de afrontamiento enfocados en el problema frente a los profesionales de AP.*

A continuación, se presenta una tabla/resumen de las escalas del Brief-COPE en actividad sanitaria (AE/AP) según edad y sexo.

Tabla 7.7: Resumen de las escalas del Brief-COPE en Actividad Sanitaria y (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP) sexo.

	AE	AP	AE/AP X SEXO
<b>AFRONTEMIENTO ENFOCADO PROBLEMA</b>		PLANIFICACIÓN**	( $V_{AE} \times M_{AP}$ ) REINTERPRETACIÓN POSITIVA*
<b>AFRONTAMIENTO EMOCIÓN</b>		APOYO EMOCIONAL** DESCARGA EMOCIONAL**	

Nota = \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$ ; M: mujeres; AE: Atención Especializada; AP: Atención Primaria.

2.- Discusión de las **Estrategias de afrontamiento** según sexo y actividad sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP):

a) *Estrategias de afrontamiento según actividad sanitaria (AE/AP) y sexo* (Brief-Cope)

Se han encontrado diferencias en cuanto a los modos de afrontamiento y la actividad sanitaria, y los resultados descritos revelan que los/as profesionales sanitarios/as de AP utilizan en mayor medida los modos de afrontamiento enfocados en el problema (Planificación) y afrontamiento enfocado en la emoción (Apoyo Emocional y Descarga Emocional) que los/as sanitarios/as de AE. Además, se han observado diferencias significativas en afrontamiento según la interacción entre sexo<sup>x</sup>actividad sanitaria, siendo los varones de AE y las mujeres de AP los que manifiestan una mayor puntuación en afrontamiento enfocado en el problema, concretamente (Reinterpretación Positiva).

Lazarus & Folkman (1986) sostienen que ninguna estrategia puede calificarse inherentemente como buena o mala, sino que debe tenerse en cuenta el contexto a la hora de evaluarlo. Además según estos autores, las estrategias de afrontamiento

centradas en el problema tienden a usarse cuando la situación es apreciada como un desafío, mientras que las estrategias centradas en la emoción se utilizan frecuentemente cuando la situación se valora amenazante. Otros autores (Penley & Tomaka, 2002; Skinner, Edge, Altman & Sherwood, 2003) proponen que cuando la situación es valorada como un desafío debieran preferirse estrategias conductuales y cognitivas, y cuando es evaluada como una amenaza, predominarían estrategias evitativas.

Tras la revisión de los estudios de estrategias de afrontamiento en personal sanitario (apartado 3.3, capítulo 3), se observa como existe una falta de homogeneidad, en los resultados disponibles en cuanto al modo de afrontamiento que desarrollan los/as sanitarios/as ante situaciones estresantes en su entorno laboral. Existen estudios en los que se resalta la preferencia por el uso de estrategias de afrontamiento centrado en el problema (Bartram, Casimir, Djurkovic, Leggat & Stanton, 2012) y otros en los que destacan el uso de estrategias de afrontamiento centrada en la emoción (Begat, Ellefsen & Severinsson, 2005; Lamber et al., 2004); aunque otros autores (Chang & Hancock, 2003; Chang, Daly, Hancock, Bidewell, Johnson, Lambert & Lambert, 2006) manifiestan que la mayoría de las enfermeras utilizaban ambos afrontamientos. Por tanto, es probable que el modo de afrontamiento de los PS dependa de la actividad sanitaria que desempeñen (AE/AP). Además, aquellas enfermeras que utilizaban afrontamiento centrado en la emoción y no recibían apoyo en el trabajo por parte de sus compañeros y de la organización, experimentaban peor salud mental (Chang el al., 2006; Lambert el al., 2004).

En esta misma línea, (Healy & McKay, 2000) encontraron factores situacionales que influyen en el afrontamiento y en la percepción del estrés de las enfermeras. Estos datos avalan nuestros resultados, ya que como indican Lazarus & Folkman (1986) en

realidad, no hay situaciones estresantes en sí mismas, sino que dependen de la interpretación o evaluación que el individuo haga de ellas.

Con respecto a los/as profesionales sanitarios/as de AP de esta Tesis Doctoral, utilizan estrategias de afrontamiento más adaptativas (planificación, apoyo emocional y descarga emocional) que los/as profesionales de AE. En la misma línea se observa como las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los/as enfermeros/as de Singapur ante un agente estresante son: la planificación, autodistracción y apoyo emocional (Lateef & Anantharaman, 2001; Liu & Guo, 2004).

Es probable que el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas en los/as sanitarios/as de AP pueda influir en la autonomía de estos profesionales (o al revés); parece lógico pensar, que aquellas actividades sanitarias más independientes (competencias médicas/enfermeras asistenciales, consulta de enfermería, docencia pre-postgrado medicina/enfermería de familia y Comunitaria, visita programada a domicilio, educación para la salud individual y grupal, etc.) suscitarán una mayor sensación de control sobre el resultado, lo que facilitará el uso de estrategias enfocadas al problema. Mientras que aquellas actividades dependientes o interdependientes, que están sujetas a una mayor intervención de terceros, (obtención de recursos sanitarios, trabajo con los miembros del equipo, interconsultas con otros profesionales, colaboración de la familia, implicación del cuidador principal en pacientes dependientes, etc.) requerirán el uso de estrategias de afrontamiento enfocadas a la emoción. En concreto en AP los/as enfermeros/as realizan un porcentaje importante (15-20%) de su jornada laboral en el domicilio, dado que su trabajo implica una relación estrecha con el paciente y la familia (enfermos crónicos complejos, pacientes terminales, inmovilizados, etc.) quizá la mejor manera para afrontar la situación que se vive en estos domicilios (dependencia, incertidumbre, dolor, sufrimiento, etc.) es

utilizar afrontamiento enfocado a la emoción, por una parte poniéndose en el lugar del paciente y de la familia, y por otra parte controlando las propias emociones, de tal manera que no interfieran con el trabajo que se debe realizar por parte de los/as sanitarios/as ni con la vulnerabilidad propia de los familiares y del paciente. Este manejo de las estrategias de afrontamiento adaptativas, les llevaría a los/as profesionales sanitarios/as a evaluarse positivamente en el trabajo y a tener niveles altos de satisfacción laboral, satisfacción global y satisfacción con la vida.

En cuanto a la interacción entre sexo×actividad sanitaria, encontramos que las estrategias de afrontamiento que utilizan los varones de AE y las mujeres de AP son estrategias de afrontamiento enfocado en el problema, es decir; ven la situación desde una perspectiva más favorable (Reinterpretación Positiva). Este resultado nos podría llevar a pensar que cuando las mujeres sanitarias realizan su actividad en AP, utilizan más el afrontamiento enfocado en el problema, quizá sea debido a su mayor autonomía en el trabajo, a la proximidad con el individuo, la familia y la comunidad y al trabajo en equipo que se desarrolla en los centros de salud habitualmente.

Si nos referimos a los modos de afrontamiento de los varones de AE, encontramos que utilizan igualmente estrategias de afrontamiento enfocado en el problema (Reinterpretación Positiva), tal vez en el medio hospitalario los varones desarrollen su profesión principalmente en unidades de alta tecnificación (quirófano, unidades de cuidados intensivos, urgencias, etc.) donde se requiere desarrollar estrategias de afrontamiento enfocado en el problema ya que en estas unidades disponen de mayor autonomía que en otras unidades de hospitalización, a la vez que reciben un mayor apoyo de los compañeros con reuniones para discutir casos difíciles, formación en las habilidades de comunicación junto con la resolución de conflictos creando un

entorno laboral saludable (Levy, 2004); y por último tienen mayor participación en puestos de responsabilidad.

Además, es probable que los varones en atención especializada utilicen estrategias de afrontamiento adaptativas y manifiesten mayor satisfacción por: el salario seguido de la satisfacción personal por la dedicación a la medicina (Escribá-Agüir & Bernabé-Muñoz, 2002). La satisfacción por la dedicación a la medicina puede relacionarse con la estima a la profesión y el estatus o prestigio que proporciona, principalmente el reconocimiento de los pacientes y compañeros principalmente (Fernández, Villagrasa, Gamo, Vázquez, Cruz, Aguirre & Andradás, 1995).

Asimismo es posible que los varones de AE y las mujeres de AP al utilizar estrategias de afrontamiento más adaptativas (Reinterpretación positiva), manifiesten mejor satisfacción laboral, satisfacción global y mejor satisfacción con la vida y, en consecuencia la alta satisfacción se retroalimenta con la estrategia de afrontamiento al problema, que es una estrategia cognitiva que incluye la toma de decisiones y que resulta adecuada en el ámbito laboral (Campos, Iraurgi, Páez & Velasco, 2004).

En esta misma línea, respecto a la relación entre las estrategias de afrontamiento con variables de satisfacción, encontramos como se relacionan con el optimismo disposicional (Chico, 2002; Martínez-Correa, Reyes del Paso, García-Leó & González-Jareño, 2006), y el bienestar psicológico (Figuerola, Contini, Lacunza, Levín & Estévez Suedan, 2005). Por tanto, las distintas maneras de afrontamiento podrían ser variables moduladoras del bienestar psicológico. Por ejemplo, en un grupo de estudiantes del último curso de enfermería de Reino Unido, la autoeficacia es una estrategia de afrontamiento que influye positivamente al bienestar psicológico, mientras que las estrategias de afrontamiento evitativo no son predictivas ni moduladoras del bienestar psicológico (Gibbons, Dempster & Moutray, 2011). También, en una muestra de

personal de enfermería la percepción de niveles más altos de satisfacción laboral se asociaban con las estrategias de afrontamiento positivas (Golbasi et al., 2008; Perea-Baena & Sánchez-Gil, 2008).

Por tanto no se confirma la hipótesis 3.4. *Los profesionales de AE utilizarán modos de afrontamiento enfocados en el problema frente a los profesionales de AP.* Los profesionales de AP utilizan modos de afrontamiento más adaptativos (enfocados en el problema y enfocados en la emoción) posiblemente por su alta autonomía laboral. No obstante, hay que seguir investigando para confirmar la existencia de diferencias, debidas a factores situacionales y disposicionales de los profesionales sanitarios de AE y AP.

En tercer y último lugar, se procede a la discusión de la quinta hipótesis, relacionada con los estilos de personalidad según actividad sanitaria y sexo.

**Hipótesis 3.5.** *Personal sanitario de AE obtendrá peores puntuaciones en Expansión y Extraversión que el personal sanitario de AP.*

Se presenta a continuación una tabla/resumen de las escalas del MIPS en actividad sanitaria (AE/AP) y sexo.

Tabla 7.8: Resumen de las escalas del MIPS en actividad sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP) y sexo

	AE	AP	AE/AP x SEXO
<b>MM</b>			(M <sub>AE</sub> <sup>x</sup> V <sub>AP</sub> ) 1A.EXPANSIÓN*** (V <sub>AE</sub> <sup>x</sup> M <sub>AP</sub> ) 1B.PRESERVACIÓN**
<b>MC</b>			(M <sub>AE</sub> <sup>x</sup> V <sub>AP</sub> ) 7B.INNOVACIÓN*
<b>CI</b>			(M <sub>AE</sub> <sup>x</sup> V <sub>AP</sub> ) 8B.SOCIABILIDAD* (V <sub>AE</sub> <sup>x</sup> M <sub>AP</sub> ) 9A.INDECISIÓN** (M <sub>AE</sub> <sup>x</sup> V <sub>AP</sub> ) 9B.DECISIÓN* (V <sub>AE</sub> <sup>x</sup> M <sub>AP</sub> ) 10A.DISCREPANCIA* (V <sub>AE</sub> <sup>x</sup> M <sub>AP</sub> ) 11A.SUMISIÓN*

Nota = \*p<0.05, \*\*p<0.01,\*\*\*p<0.001; AE: Atención Especializada; AP: Atención Primaria; JV: jóvenes; ME: mediana edad; M: mujeres; V: varones. MM: **Metas Motivacionales** (la forma como uno enfrenta el entorno que le rodea); MC: **Modos Cognitivos** (A la hora de buscar la información); CI: **Conductas Interpersonales** (Como se relacionan con los demás). Rojo; características personalidad más adaptativas, Negro; características menos adaptativas

### 3.- Discusión de los **Estilos de personalidad** según sexo y actividad sanitaria (Atención Especializada, AE; Atención Primaria, AP):

#### a) Estilos de personalidad según actividad sanitaria (AE/AP) y sexo (MIPS)

Los resultados señalan que no existen diferencias significativas en cuanto a los estilos de personalidad según actividad sanitaria (AE/AP). Sin embargo, se han encontrado diferencias en los estilos de personalidad según la interacción entre sexo<sup>x</sup>actividad sanitaria y, los resultados descritos revelan diferencias en 8 de las 24 escalas que integran el MIPS. Los profesionales sanitarios mujeres de AE y varones de AP presentan características más adaptativas de personalidad, obtienen puntuaciones significativamente mayores en los polos A, de las escalas que componen las Metas Motivacionales (1A-Expansión) y en los polos B de las escalas del área de Comportamientos Interpersonales (8B-Sociabilidad; 9B-Decisión) del cuestionario que,



según Millon (1994) son aquellas escalas más adaptativas para la persona. En cuanto a la escala 7B-Innovación, o tendencia a ser creativos y asumir riesgos, es una escala situada invariablemente en la polaridad como desadaptativa del modelo (Dresch, 2006; Fierro & Cardenal, 2001; Millon, 2001), aspecto que no apoyan los datos que aquí se presentan. De manera que este resultado inesperado indicaría que en este grupo de profesionales sanitarios mujeres de AE y varones de AP un mejor ajuste psicológico descansaría, por un lado, en adquirir el conocimiento de una manera más organizada y por otro, transformar la información nueva adecuándola a lo conocido.

El perfil de personalidad de los sanitarios mujeres de AE y varones de AP son optimistas en cuanto al futuro, prefieren ser creativos y arriesgados, están dispuestos a cambiar y dar nueva forma a cualquier cosa que se les presente, además buscan la atención, el entusiasmo y el estímulo social y tienden a sentir que son más competentes y que tienen más talento que las personas que los rodean. Son creativos y asumen riesgos. (Optimistas, sociables, decididos e innovadores).

Por otra parte, los profesionales sanitarios mujeres de AP y varones de AE presentan estilos de personalidad menos adaptativos, obtienen puntuaciones significativamente mayores en los polos B, de las escalas que componen las Metas Motivacionales (1B-Preservación) y más en los polos A de las escalas del área de Comportamientos Interpersonales (9A-Indecisión; 10A-Discrepancia y 11A-Sumisión) del cuestionario que, según Millon (1994) son aquellas escalas menos adaptativas para la persona. De forma coherente con otros estudios estas variables se han relacionado negativamente con los indicadores de salud, el ajuste psicológico y la adaptación social (Dresch, 2006; Fierro & Cardenal, 2001; González Ramella, Varela, Aparicio García, Guichon, Ceriani & Baraza, 2003). Esta incongruencia indicaría que en este grupo de profesionales sanitarios mujeres de AP y varones de AE, un mejor ajuste psicológico y

una mejor adaptación social, estribaría por un lado, en llevar a cabo sus metas de manera más positivas, y por otro, el modo de relacionarse con los demás de manera más segura, con mayor obediencia y respeto a los superiores y con un menor grado de imposición de los intereses de los demás frente a los propios. Es probable que, estos sanitarios mujeres de AP y varones de AE manifiesten mejor satisfacción laboral y global, porque desarrollan estrategias de afrontamiento más adaptativas, estrategias enfocadas en el problema (reposición positiva).

El perfil de personalidad asociado a los profesionales sanitarios mujeres de AP y varones de AE se caracterizan por centrar su atención en los problemas, agravándolos. Consideran su pasado desafortunado y piensan que irá peor, además son cohibidos, tímidos y nerviosos en contextos sociales, tienden a demostrar con acciones, más que con palabras que son independientes e inconformistas y están habituados al sufrimiento, son sumisos ante los demás (pesimistas, indecisos, discrepantes y sumisos).

Aunque los estudios sobre características de personalidad en profesionales sanitarios, especialmente diferenciando los entornos de atención especializada y de atención primaria son escasos, se pueden relacionar los rasgos de personalidad, la baja estabilidad emocional, la tensión y la ansiedad con el burnout en una muestra de médicos/as de AP. Se observaron diferencias en cuanto al perfil de personalidad de los varones y mujeres con criterios de burnout. El perfil de la médica “quemada” incluiría una mayor aprensión y menor atrevimiento que su colega masculino en igualdad de circunstancias, aunque la dimensión ansiedad estaría presente por igual en ambos sexos (Cebriá et al., 2001). De estos resultados podemos extraer una clara conclusión: las variables relacionadas con un grado elevado de ansiedad (los rasgos: poca estabilidad, vigilancia y tensión o la dimensión ansiedad) se muestran asociadas positivamente al cansancio emocional y a la despersonalización. Además, otros estudios subrayan la

importancia de las variables psicológicas, hallando como ciertos rasgos de personalidad podrían conducir a la aparición del síndrome de burnout, o por el contrario, podría proteger contra el desarrollo de la enfermedad (Fornes-Vives, García-Banda, Frías-Navarro, Hermoso-Rodríguez, Santos-Abaunza, 2012; Hudek-Knezevic, Kalebić Maglica & Krapić, 2011; Narumoto, Nakamura, Kitabayashi, Shibata, Nakamae & Fukui, 2008). En este sentido, Alarcon, Eschleman y Bowling (2009) encontraron que el agotamiento emocional y despersonalización tienen una relación negativa con la estabilidad emocional, amabilidad, responsabilidad, y extraversión. Por otra parte, la realización personal se relaciona positivamente con la estabilidad emocional, amabilidad, responsabilidad, extraversión y apertura a la experiencia.

En esta misma línea, Carballo Bouzas et al. (2010) analizaron en profesionales sociosanitarios de centros de atención gerontológica de Galicia, burnout, autoestima, rasgos de personalidad y su relación con la salud de los trabajadores, concluyendo que más de un tercio presentaban riesgo de burnout, con elevado agotamiento emocional y baja realización personal, con bajos niveles de salud percibida, de autoestima y altos en neuroticismo, que parecen relacionarse con mayor riesgo de burnout. Por tanto, factores de estrés organizacional, tales como la sobrecarga de trabajo, puede dar lugar a diferentes niveles de burnout, en función de los factores de la personalidad del empleado (Shimizutani, Odagiri, Ohya, Shimomitsu, Kristensen, Maruta & Ilmor, 2008). En otras palabras, algunas personas son más susceptibles al agotamiento que otros. Por tanto, es fundamental tener en cuenta las diferencias individuales con el fin de comprender mejor por qué algunas personas tienen un mayor riesgo de desgaste que otros (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Cañadas de la Fuente et al. (2015) encontraron en una muestra de enfermería que los rasgos de personalidad (neuroticismo y agradabilidad) son predictores de todas las

dimensiones de burnout, y otros (extraversión y conciencia) son predictores de dos de las dimensiones. Esto indica que los estilos de personalidad deben ser considerados en cualquier teoría de los perfiles de riesgo de desarrollar el síndrome de burnout en la profesión de enfermería. Además los resultados manifiestan mayores niveles de despersonalización por sexo (mayor en enfermeros) y por nivel de atención de salud (mayor en las enfermeras de atención primaria en comparación con las enfermeras que trabajan en hospitales).

Se confirma por tanto, la idea de que los estilos de personalidad deben tenerse en cuenta en los estudios sobre la salud de los profesionales sanitarios, ya que una personalidad desadaptada (tendencia a mostrar emociones negativas de manera pasiva, inestabilidad emocional e inhibición de la expresión de emociones en la interacción social) puede llevar al desarrollo de enfermedades o de peor salud. Mientras que hay características personales adaptativas como son las estrategias de afrontamiento, la personalidad resistente y la resiliencia que actúan como variables moduladoras sobre la salud de los profesionales sanitarios; a continuación se muestran algunos estudios que lo constatan.

En cuanto al uso de *estrategias de afrontamiento* como variable psicológica de personalidad, posible mediadora de distrés psicológico y sus consecuencias sobre el bienestar psicológico de los profesionales sanitarios, nos encontramos que ciertos rasgos de personalidad como apertura y amabilidad, se asocian con estrategias centradas en el problema (planificación). La apertura y extraversión se vinculan con menos estrés percibido en enfermeros/as de AE (Burgess et al., 2010). Asimismo, se han encontrado relaciones entre el empleo de estrategias focalizadas en la emoción y las consecuencias negativas para el bienestar psicológico, como son el estrés (McGowan et al., 2006) y la depresión (Goodwin, 2006).

En una muestra de profesionales de enfermería de AE, se examinó la asociación entre las dimensiones de los Cinco Grandes de la personalidad, los factores demográficos más relevantes (sexo, edad y estado de la relación) y el bienestar subjetivo. El análisis de regresión mostró la personalidad como uno de los factores más importantes en su relación con el bienestar subjetivo, especialmente a través de la extraversión y neuroticismo. Se observó una asociación positiva entre la apertura a la experiencia y los componentes positivos y negativos. Del mismo modo, las variables demográficas básicas (sexo, edad y estado de la relación) se encuentran para ser diferencialmente asociados con los diferentes elementos de bienestar subjetivo, y la explicación de estas asociaciones es altamente probable que se encuentre en los vínculos entre las variables demográficas y personalidad. De la misma forma que el control del efecto de las variables demográficas es necesario, para aislar el efecto de la personalidad en el bienestar subjetivo, el control de la personalidad debe permitir un análisis más preciso de la función de las variables demográficas en relación con el bienestar subjetivo constructo (González-Gutiérrez, Moreno-Jiménez, Garrosa-Hernández & Panacoba-Puente, 2005).

En esta misma línea, son numerosos los estudios que relacionan la *personalidad resistente* con la salud o bienestar psicológico; entre ellos destacan a nivel internacional (Judkins, Reid & Furlow, 2006; Lambert et al., 2007) y nacional (Garrosa, Moreno, Liang & González, 2008; Garrosa et al., 2005; Garrosa et al., 2011; Moreno-Jiménez et al., 2006) centrándose su atención en el efecto predictor y modulador que la personalidad ejerce sobre el síndrome de quemarse por el trabajo en los profesionales sanitarios. En una muestra de enfermeros de hospitales oncológicos se presentan variables moduladoras (apoyo social, autoestima, autoeficacia y personalidad resistente)

como amortiguadores de las consecuencias negativas del estrés, entre enfermeros de hospitales oncológicos (Roger & Abalo, 2014).

En una muestra de personal de enfermería de AE, se analizó el papel modulador de la *resiliencia* entre el burnout y la salud. La resiliencia no solamente es relevante para mejorar la salud mental del personal de enfermería, sino también para amortiguar y minimizar las consecuencias negativas del estrés laboral al que está expuesto en su trabajo, cuyo resultado más adverso es la aparición del burnout. Por lo tanto, el entrenamiento de la resiliencia debería ser promovido para mejorar la práctica clínica enfermera (Arrogante, 2014). La resiliencia es una característica inherente del personal de enfermería, tanto de servicios especiales como de hospitalización. Las estrategias de afrontamiento centradas en el compromiso (o adaptativas) en la situación sanitaria (estresante) determinan el bienestar psicológico percibido por la enfermería (en mayor medida, las dimensiones de autoaceptación y dominio del entorno). La resiliencia y las estrategias de afrontamiento más adaptativas constituyen dos recursos personales que determinan el bienestar psicológico (Arrogante, Pérez García & Aparicio Zaldivar, 2015).

Finalmente, las interacciones entre el sexo y la actividad sanitaria indican que tanto el sexo como el contexto laboral (AE/AP) están relacionados con los estilos de personalidad. La aportación de los resultados de esta Tesis Doctoral, nos indican que no puede establecerse un estilo de personalidad “tipo” de los profesionales sanitarios, sino que el estilo de personalidad de los sanitarios depende del sexo (V/M) y de la actividad sanitaria (AE/AP) laboral que desempeñe. Estos resultados apoyan las propuestas de los modelos integradores de la salud, que se mencionan en el capítulo 2 salud, de esta investigación, en donde las variables de la persona y el contexto son factores que en su interacción determinan el modo de adaptación al contexto sanitario. Además, los

varones y mujeres en interacción con el tipo de actividad sanitaria (AE/AP) tienen estilos de personalidad diferentes, que no encajan con el perfil de diferencias de sexo a nivel poblacional.

Por tanto no se confirma la hipótesis 3.5. *Personal sanitario de AE obtendrá peores puntuaciones en Expansión y Extraversión que el personal sanitario de AP.* Los sanitarios varones de AP y las mujeres de AE, obtienen mayor puntuación en Expansión que las mujeres de AP y los varones de AE.

#### 7.4 – CONSIDERACIONES FINALES

El propósito de esta Tesis Doctoral era analizar las relaciones entre los estilos de personalidad (MIPS) y las estrategias de afrontamiento (Brief-COPE) y la salud (SF-36), considerando el tipo de actividad sanitaria (AE/AP) que desempeñan los profesionales sanitarios.

En esta investigación se han confirmado la mayoría de las hipótesis planteadas, excepto a la hora de investigar los estilos de personalidad según sexo y actividad sanitaria que se han rechazado. Empezando por el objetivo 1, se confirma la hipótesis planteada (hipótesis 1) al comprobar la idoneidad de los instrumentos para su uso como medida de las variables de estudio; teniendo en cuenta que los índices de fiabilidad del MIPS fueron adecuados, excepto en las escalas 1A-Expansión; 3B-Protección; 4A-Extraversión y 5A-Sensación que fueron más bajos de lo esperado, por lo que se tomarán con cautela estos resultados

En el objetivo 2 se analizan las diferencias en variables de salud física y psicológica y personalidad según edad y sexo. Para llevar a cabo este objetivo se proponen dos hipótesis para analizar la salud física y psicológica: la primera hipótesis

(hipótesis 2.1) a refutar se cumple, se corroboran los resultados en relación a la bibliografía consultada, y así se puede concretar que los sanitarios jóvenes manifiestan mejor salud general que los sanitarios de mediana edad. La segunda hipótesis (hipótesis 2.2) se cumple en su totalidad las sanitarias mujeres presentan peor salud psicológica y peor salud física (consumen más fármacos y presentan más dolencias) que sus compañeros varones, como así queda contrastada con la bibliografía consultada.

Con respecto al análisis de la personalidad según edad y sexo en cuanto a los estilos de afrontamiento se proponen otras dos hipótesis: la tercera (hipótesis 2.3) a rebatir se cumple, pero con matices; los profesionales jóvenes tienden a adoptar estilos de afrontamiento centrado en el problema (afrontamiento activo). La cuarta hipótesis (hipótesis 2.4) se cumple en su totalidad y se refrendan los resultados obtenidos con los resultados consultados como se ha visto en la discusión del objetivo 2. De manera que se constata que las profesionales sanitarias mujeres son las que adoptan afrontamiento evitativo (negación y religión).

Por último se investiga para conocer los estilos de personalidad según edad y sexo de los profesionales sanitarios y para ello se proponen dos nuevas hipótesis: la quinta (hipótesis 2.5) y la sexta (hipótesis 2.6) que no se cumplen. Con los resultados obtenidos podemos comprobar como los varones sanitarios tienen un estilo de personalidad diferente de los varones a nivel poblacional. Varones sanitarios (Preservación, Sentimiento y Aquiescencia) vs Varones poblacional (Individualismo). Al igual ocurre con las mujeres sanitarias (Pensamiento) vs Mujeres poblacional (Protección). Nos preguntábamos si eran varones y mujeres con este estilo de personalidad antes de ser sanitarios/as (médicos/as, enfermeros/as, auxiliares de enfermería y fisioterapeutas) o se han “perfilado” así por el tipo de actividad sanitaria (AE/AP).



Conclusión, es probable que las características sanitarias que desarrollan estos profesionales sanitarios puedan estar relacionadas con los estilos de personalidad, por lo que, es posible que en un contexto de cuidados las características personales de los profesionales sanitarios (varones y mujeres) presenten incongruencia de rol, es decir; probablemente los sanitarios varones adopten un papel protector y se expresen en términos emocionales, mientras que las mujeres manifiesten más su juicio analítico para adaptarse ambos a un entorno que requiere tanto la toma de decisiones mediante la lógica como el acercamiento afectivo y emocional hacia el cuidado de los demás.

En el objetivo 3 se analizan las diferencias en variables de salud y personalidad (estilos de afrontamiento y estilos de personalidad) según actividad sanitaria de atención especializada (AE) y atención primaria (AP). Para llevar a cabo este objetivo se propone tres hipótesis para profundizar en el análisis de la salud física y psicológica: la primera hipótesis (hipótesis 3.1) se cumple parcialmente, los sanitario de AE obtienen peores puntuaciones en Salud Física (dolencias) que el personal sanitario de AP, sin embargo obtiene mejores puntuaciones en Salud General.

En cuanto al análisis de la salud psicológica (satisfacción personal y satisfacción vital) tanto la hipótesis 3.2 como la hipótesis 3.3 se confirman parcialmente. Las sanitarias mujeres de AP y los sanitarios varones de AE obtienen mejores puntuaciones en satisfacción personal y satisfacción con la vida que el personal sanitario varones de AP y mujeres de AE. En esta Tesis Doctoral se ha considerado el sexo y los entornos laborales (especializada y primaria) como elementos relacionados con la salud física y psicológica del personal sanitario y los resultados de esta investigación corroboran que los profesionales de la sanidad dedicados a los cuidados de la salud, tienen que mantener una armonía para su salud psicológica, tanto en el ámbito familiar como en el

laboral y con perspectivas en la vida. Tal equilibrio, parece estar relacionado con el sexo y con la situación/entorno laboral (AE/AP).

Con respecto al análisis de la personalidad según actividad sanitaria y sexo en cuanto a los estilos de afrontamiento se propone una hipótesis: la cuarta (hipótesis 3.4) a rebatir se cumple, pero con matices; los profesionales de AP utilizan modos de afrontamiento más adaptativos (enfocados en el problema y enfocados en la emoción) posiblemente por su alta autonomía laboral. Parece que estas diferencias son debidas a factores situacionales y disposicionales de los profesionales sanitarios de AE y AP.

La última de las hipótesis (hipótesis 3.5) del objetivo 3, busca replicar en cuanto a los estilos de personalidad de los sanitarios, como dependen en gran medida del sexo y de actividad sanitaria que desempeñen. Los profesionales sanitarios mujeres de AE y varones de AP presentan características más adaptativas de personalidad, obtienen puntuaciones significativamente mayores en los polos A, de las escalas que componen las Metas Motivacionales (1A-Expansión) y en los polos B de las escalas del área de Comportamientos Interpersonales (8B-Sociabilidad; 9B-Decisión) del cuestionario que, según Millon (1994) son aquellas escalas más adaptativas para la persona. los profesionales sanitarios mujeres de AP y varones de AE presentan estilos de personalidad menos adaptativos, obtienen puntuaciones significativamente mayores en los polos B, de las escalas que componen las Metas Motivacionales (1B-Preservación) y más en los polos A de las escalas del área de Comportamientos Interpersonales (9A-Indecisión; 10A-Discrepancia y 11A-Sumisión) del cuestionario que, según Millon (1994) son aquellas escalas menos adaptativas para la persona.

Finalmente, nos preguntábamos: ¿Qué variables personales (estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento) caracterizan a los profesionales sanitarios de AE y AP?. Con los resultados obtenidos:

1) Parece que no existe un perfil de estilos de personalidad, como tal perfil, sino que los estilos de personalidad dependen del sexo (V/M) y la situación (AE/AP) laboral.

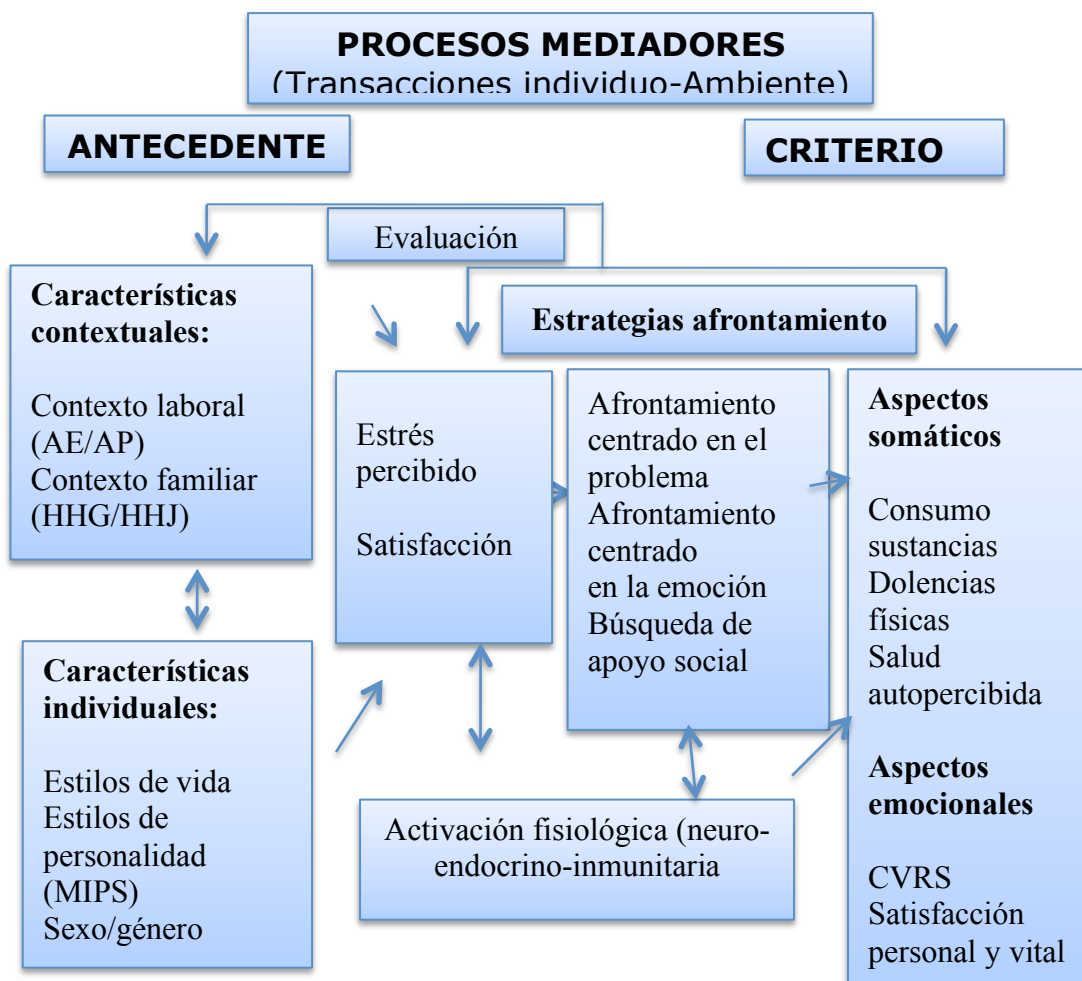
2) Estos resultados (interacción sexo\*actividad sanitaria) apoyan las propuestas de los modelos integradores de la salud, en donde las variables de la persona y el contexto son factores que en su interacción determinan el modo de adaptación al contexto sanitario y cuyas consecuencias se verán reflejadas en la salud (física y psicológica) de los profesionales sanitarios. Esta Tesis Doctoral por tanto, trata de buscar la armonía de las relaciones entre las variables de personalidad y salud, en la muestra de profesionales sanitarios fundamentado en el modelo teórico transaccional de salud de (Bruchon-Schweitzer, 2002) descrito en el capítulo 2, Salud; la interacción de las características contextuales y las características individuales.

Así como, los resultados obtenidos pueden ser de gran utilidad para continuar avanzando en esta línea de investigación desde una visión multidisciplinar, ya que se parte de un modelo biopsicosocial, y además, se ofrecen herramientas de formación para empoderar a los profesionales sanitarios mejorando su propia salud y la de sus pacientes.

Tal y como se describió en el capítulo 2 Salud, los modelos teóricos de salud serán adecuados si presentan equivalencias vinculadas de los fenómenos, e indican las relaciones causales entre un grupo de variables que pueden ser observables y medibles (Cabrera, 2004).

Como aparece en la figura 7.9, se han adaptado las variables de estudio a la propuesta de la autora sobre el modelo teórico transaccional de salud; así se recoge, la existencia de un grupo de antecedentes que van a contribuir a la explicación de una parte de la varianza en el grupo de criterios. Los antecedentes se dividen en

características contextuales (ámbito laboral, con la actividad sanitaria especializada y de atención primaria, y ámbito familiar con el cuidado del hogar y el cuidado de los hijos) e individuales (edad, sexo, características personales MIPS, etc.,) que rodean a las personas (tanto lo que el individuo es, como lo que el individuo experimenta), estos antecedentes se ven modulados por factores (estrés y satisfacción laboral) que a su vez el individuo desarrolla unas estrategias de afrontamiento (centradas en el problema y/o en la emoción) que pueden predisponer o disminuir los resultados de las variables criterio o resultados (salud física, con el consumo de sustancias, dolencias y salud psicológica, con la calidad de vida relacionada con la salud y la satisfacción).



**Figura 7.9** - Modelo Teórico Transaccional de Salud, en función de las variables de estudio.

**CAPÍTULO 8**

**LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS  
FUTURAS**



## **8 – LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS**

---

Con esta investigación se han analizado las relaciones entre los estilos de personalidad (MIPS), los estilos de afrontamiento (Brief-COPE) y la salud (SF-36) de los profesionales sanitarios según sexo y actividad sanitaria (AE/AP) de la población de estudio.

Este estudio no está exento de algunas limitaciones que deben ser tenidas en cuenta para guiar las nuevas líneas de investigación que se deriven de la presente Tesis Doctoral. Aunque las conclusiones que se desprenden de esta investigación y, que han sido descritas en el anterior capítulo, abren el camino para continuar indagando en las relaciones de personalidad y salud de los profesionales sanitarios, permitiendo continuar trabajando esta línea con mayor profundidad.

En primer lugar, una limitación se deriva del tamaño muestral, aunque la muestra es homogénea en cuanto a la actividad sanitaria formada por un 52.6% de profesionales sanitarios de AE y un 47.4% profesionales de AP, sin embargo el número de mujeres 79.6% es muy superior al de varones 20.4%, por lo que sería interesante ampliar este estudio incluyendo un grupo mayor de profesionales sanitarios varones para su posterior validación del instrumento. No podemos en ningún caso extrapolar los resultados a otros centros sanitarios, por lo que sería muy recomendable, poder reproducir el estudio en diferentes centros sanitarios (hospitales y centros de salud) de distintas comunidades autónomas para tener una visión más completa de la realidad de los/as profesionales sanitarios/as españoles.

En cuanto al MIPS, se deben volver a analizar detenidamente los ítems que componen las escalas 1A-Expansión, 3B-Protección, 4A-Extraversión y 5A-Sensación y observar cuáles han podido ser los posibles fallos de interpretación a la hora de contestar el cuestionario por parte de los profesionales sanitarios, de esta manera mejorarían los coeficientes de fiabilidad en futuras aplicaciones.

El carácter transversal de la investigación no permite hacer un seguimiento de los profesionales sanitarios evaluados y, por lo tanto, no se puede establecer relaciones causa-efecto entre las variables estudiadas. En este sentido, la utilización de futuros estudios longitudinales ayudaría a determinar la evolución a lo largo del tiempo de los estilos de personalidad, estilos de afrontamiento y el estado de salud física y psicológica de los/as profesionales sanitarios/as de atención especializada y atención primaria. Además, daría luz sobre las características personales, los modos de afrontar situaciones estresantes en entornos laborales donde han ocurrido cambios durante los últimos años, que pueden favorecer o perjudicar la salud de estos profesionales sanitarios.

Del mismo modo, los estudios longitudinales son claves para poner en marcha programas de intervención que resulten eficaces en el manejo de las estrategias de afrontamiento más adaptativas, programas que busquen mejorar la salud y la calidad de vida relacionada con la salud de los/as profesionales sanitarios/as, así como herramientas para reconocer y manejar el agotamiento físico y psicológico en su ambiente laboral para mejorar el funcionamiento saludable de la personalidad y la salud en general de los/as profesionales sanitarios/as de AE y AP. Evaluar a posteriori, los efectos de estas intervenciones en los/as sanitarios/as.

Además, sería muy recomendable introducir un apartado con diseño cualitativo para poder profundizar en el análisis de la salud física y especialmente la salud psicológica de los/as profesionales sanitarios/as y, de esta forma enriquecer los datos



numéricos y permitir superar las limitaciones que implica realizar una investigación con un enfoque exclusivamente cuantitativo.

Otra limitación reside en el tipo de medida empleada para evaluar los roles de género de los/as profesionales sanitarios/as; en este caso se han analizado la parcela familiar y laboral, que son de gran relevancia, pero resultaría interesante complementar los análisis de personalidad con los roles de género tradicionales de la profesión sanitaria, debido a la alta presencia femenina de dicha profesión. Además, introducir la variable masculinidad (y no sólo feminidad) en el estudio de profesionales sanitarios/as ayudaría a ampliar el análisis de rol de género y poder determinar con mayor precisión si los varones sanitarios son más/menos femeninos y/o más/menos masculinos.

Considerando este amplio camino que queda por recorrer, se espera que la presente Tesis Doctoral haya cumplido el objetivo principal de dar a conocer las características personales y de salud de los/as profesionales sanitarios/as, y que suponga una fuente de inspiración y base suficiente para profundizar en futuras investigaciones, desarrollando programas de promoción y prevención de la salud psicológica para profesionales sanitarios.



**REFERENCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS**



# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS—

- Aaronson, N. K., Acquadro, C., Alonso, J., Apolone, G., Bucquet, D., Bullinger, M., ... & Ware Jr, J. E. (1992). International quality of life assessment (IQOLA) project. *Quality of Life Research*, 1(5), 349-351.
- Adarraga, M. D., Cruz Caparrós, G., Velasco Malagón, M. J., Díez García, F., Martín Escalante, M. D., & Zambrana García, J. L. (2001). Características clínicas de pacientes pluripatológicos atendidos en Consultas Externas de Medicina Interna. Comunicación al congreso de la SADEMI. Octubre 2001. *Revista Clínica Española*, 201, 14.
- Adler, S. (1996). Personality and work behaviour: exploring the linkages. *Applied Psychology*, 45(3), 207-224.
- Aguilar-Palacio, I., Carrera-Lasfuentes, P., & Rabanaque, M. J. (2015). Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 37-43. [doi:10.1016/j.gaceta.2014.07.004](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.07.004)
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Nursing Outlook*, 50(5), 187-194.
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *Bio Medic Journal*, 344, e1717.
- Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 40(1), 99-106.
- Alarcon, G., Eschleman, K. J., & Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work & stress*, 23(3), 244-263. [doi:10.1080/02678370903282600](https://doi.org/10.1080/02678370903282600)
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E., & Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505-516.
- Alberdi Castell, R. M. (1998). La influencia del género en la evolución de la profesión enfermera en España. *Metas de Enfermería*, (11), 20-226.
- Alberdi-Erice, M. J., Huizi-Egilegor, X., Barandiarán-Lasa, M., Zupiria-Gorostidi, X., & Uranga-Iturrioz, M. J. (2007). Evolución de los hábitos de consumo de tabaco

- y alcohol en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, 17(2), 63-70.  
[doi:10.1016/S1130-8621\(07\)71771-0](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(07)71771-0)
- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.
- Alcover de la Hera, C. (2007). *Introducción a la Psicología del Trabajo*. McGraw-Hill, Madrid.
- Aldwin, C. M. (1994). Stress, coping, and development: An integrative perspective. New York: Guilford.
- Aldwin, C. M., & Revenson, T. A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(2), 337. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.53.2.337>
- Alemán, Y. P. V. (2013). *Burnout y personalidad en enfermeras de un hospital militar* (Doctoral dissertation). Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Letras y Ciencias Humanas. Mención: Psicología Clínica.
- Almalki, M. J., FitzGerald, G., & Clark, M. (2012). Quality of work life among primary health care nurses in the Jazan region, Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Human Resources for Health*, 10(1), 30.
- Alonso, J. (2000). La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en I investigación y la práctica clínica. *Gaceta Sanitaria*, 14(2), 163-167.  
[doi:10.1016/S0213-9111\(00\)71450-6](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(00)71450-6)
- Alonso, J., & Lépine, J. P. (2007). Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(2), 3-9.
- Alonso, J., Prieto, L., & Antó, J. M. (1994). The Spanish version of the Nottingham Health Profile: a review of adaptation and instrument characteristics. *Quality of Life Research*, 3(6), 385-393.
- Alonso, J., Prieto, L., & Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104(20), 771-776.
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C., & de la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la población española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica*, 111(11), 410-416.
- Alonso Fernández, M., Franco Vidal, A., López Sampedro, P., & García Lavandera, J. (2002). Efectividad a medio plazo de un plan de ayuda al fumador desarrollado

- en atención primaria. *Atención Primaria*, 30(9), 541-546. [doi:10.1016/S0212-6567\(02\)79102-6](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)79102-6)
- Alonso Fernández, M., Iglesias Carbajo, A.I., & Franco Vidal, A (2002). Percepción de la calidad de vida profesional en un área sanitaria de Asturias. *Atención Primaria*, 30(8), 483-489. [doi:10.1016/S0212-6567\(02\)79084-7](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)79084-7)
- Alonso Sáez de Miera, MJ., Balanza Galindo, S., Leal Hernández, M., Hernández Menarguez, F., García-Galbis Marín, J., & Abellaán Alemán, J. (2009). Análisis de la calidad de vida y su relación con el riesgo cardiovascular en una población mediterránea con bajo riesgo. *Clínica e investigación en arteriosclerosis*, 21(6), 268-272. [doi:10.1016/S0214-9168\(09\)72955-9](https://doi.org/10.1016/S0214-9168(09)72955-9)
- Al-Qutop, M. A. Y., & Harrim, H. (2011). Quality of worklife human well-being linkage: integrated conceptual framework. *International Journal of Business and Management*, 6(8), p193.
- Álvarez, R. (2007). *Estadística aplicada a ciencias de la salud*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- Amigo, I., Fernández, C., & Pérez, M. (2003). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Amoyal, N. R., Mason, S. T., Gould, N. F., Corry, N., Mahfouz, S., Barkey, A., & Fauerbach, J. A. (2011). Measuring coping behavior in patients with major burn injuries: a psychometric evaluation of the BCOPE. *Journal of Burn Care & Research*, 32(3), 392-398. [doi: 10.1097/BCR.0b013e318217f97a](https://doi.org/10.1097/BCR.0b013e318217f97a)
- Amutio-Kareaga, A., Exeberria, S. A., & Smith, J. C. (2008). Evaluación del burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco Evaluation of burnout and psychological well-being among health professionals in the Basque Country. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 24(2), 235-252.
- Andrews, F.M., & Withey, S.B. (1976). Social indicators of well-being: America's perception of life quality. New York: Plenum Press.
- Anguita Sánchez, M., Crespo Leiro, M. G., De Teresa Galván, E., Jiménez Navarro, M., Alonso-Pulpón, L., & Muñiz García, J. (2008). Prevalencia de la insuficiencia cardiaca en la población general española mayor de 45 años. Estudio PRICE. *Revista Española de Cardiología*, 61(10), 1041-1049. [doi:10.1157/13126044](https://doi.org/10.1157/13126044)
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey Bass.
- Aparicio Basauri, V. (2002). El escenario de la salud mental. De la Atención Primaria a la sobrecarga asistencial. *Revista Norte de Salud Mental*, 4(14), 35-41.
- Aparicio-García, M. E. (2000). Estilos diferenciales de personalidad según cultura y/o nación. En M. P. Sánchez-López y M. M. Casullo (Eds.), *Estilos de*

- personalidad: Una perspectiva iberoamericana (pp. 171-192). Madrid: Miño y Dávila.
- Aparicio-García, M. E. (2001). Evaluación de la personalidad mediante el modelo de Theodore Millon en el ámbito laboral [Tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Aparicio-García, M.E. & Sánchez-López, M.P. (1998). Medida de la personalidad a través del Inventario Millon de Estilos de Personalidad en España y México. *Revista Mexicana de Psicología*, 15(2), 103-117.
- Aparicio-García, M. E., Sánchez-López, M. P., Dresch, V., & Díaz-Morales, J. F. (2008). Las relaciones entre la salud física y psicológica según el estatus laboral. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 7(2), 201-212.
- Apolone, G., Mosconi, P., & Ware, J. E. (1997). Questionario sullo stato di salute SF-36. *Guerini e Associati Milano*.
- Appleby, C., & Camacho-Bejarano, R. (2014). Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. *Enfermería Clínica*, 24(1), 90-98. [doi:10.1016/j.enfcli.2013.12.008](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.008)
- Arden, J.B. (2002). Surviving job stress: How to overcome workday pressures. Franklin Lakes, New York: Career Press Incorporated.
- Argyle, M. (2001). *The Psychology of Happiness (2a Ed.)*. New York: Routledge.
- Arquero, J. L., & Donoso, J. A. (2013). Docencia, investigación y burnout: el síndrome del quemado en profesores universitarios de Contabilidad. *Revista de Contabilidad*, 16(2), 94-105. doi: 10.1016/j.rcsar.2013.04.001
- Arrindell, W. A., Heesink, J., & Feij, J. A. (1999). The satisfaction with life scale (SWLS): Appraisal with 1700 healthy young adults in The Netherlands. *Personality and individual differences*, 26(5), 815-826. [doi:10.1016/S0191-8869\(98\)00180-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00180-9)
- Arrindell, W. A., Meeuwesen, L., & Huyse, F. J. (1991). The Satisfaction With Life Scale (SWLS): Psychometric properties in a non-psychiatric medical outpatients sample. *Personality and Individual Differences*, 12(2), 117-123. [doi:10.1016/0191-8869\(91\)90094-R](https://doi.org/10.1016/0191-8869(91)90094-R)
- Arrizabalaga, P., & Valls-Llobet, C. (2005). Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación. *Medicina clínica*, 125(3), 103-107. [doi:10.1157/13076745](https://doi.org/10.1157/13076745)
- Arrogante, O. (2014). Mediación de la resiliencia entre burnout y salud en el personal de Enfermería. *Enfermería Clínica*, 24(5), 283-289. [doi:10.1016/j.enfcli.2014.06.003](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.06.003)



- Arrogante, O., & Pérez-García, A. M. (2013). El bienestar subjetivo percibido por los profesionales no sanitarios¿ es diferente al de enfermería de intensivos? Relación con personalidad y resiliencia. *Enfermería Intensiva*, 24(4), 145-154. [doi:10.1016/j.enfi.2013.07.002](https://doi.org/10.1016/j.enfi.2013.07.002)
- Arrogante, O., Pérez-García, A. M., & Aparicio-Zaldívar, E. G. (2015). Bienestar psicológico en enfermería: relaciones con resiliencia y afrontamiento. *Enfermería Clínica*. [doi:10.1016/j.enfcli.2014.12.009](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.12.009)
- Arroyo, M. M., González, J. J., Jaime, S. C., Masllorens, J. E., & Martín, A. L. (2013). Turnos de 7 horas versus 12 horas en enfermería intensiva: vivir a contratiempo. *Enfermería Intensiva*, 24(3), 98-103. [doi: 10.1016/j.enfi.2013.04.002](https://doi.org/10.1016/j.enfi.2013.04.002)
- Artazcoz, L., Borrell, C., & Benach, J. (2001). Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(9), 639-647. doi:10.1136/jech.55.9.639
- Artazcoz, L., Borrell, C., Benach, J., Cortès, I., & Rohlfs, I. (2004). Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position. *Social Science & Medicine*, 59(2), 263-274. [doi:10.1016/j.socscimed.2003.10.029](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.10.029)
- Artazcoz, L., Cortès, I., Borrell, C., Escribà-Agüir, V., & Cascant, L. (2011). Social inequalities in the association between partner/marital status and health among workers in Spain. *Social Science & Medicine*, 72(4), 600-607. [doi:10.1016/j.socscimed.2010.11.035](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.035)
- Artazcoz, L., Escribà-Agüir, V., & Cortès, I. (2004). Género, trabajos y salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 18, 24-35.
- Artazcoz, L., García-Calvente, M. M., Esnaola, S., Borrell, C., Sánchez-Cruz, J. J., & Ramos, J. L. (2002). Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar (pp. 74-90). *Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Informe Sespas*.
- Artazcoz, L., Moya, C., Vanaclocha, H., & Pont, P. (2004). Adult health. *Gaceta Sanitaria*, 18, 56-68.
- Atance Martínez, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista española Salud pública*, 71(3), 293-303.
- Augusto Landa, J. M., & Martínez de Antoñana Ugarte, R. (1998). Afrontamiento al estrés y salud: panorama actual de la investigación. *Boletín de Psicología (Valencia)*, (58), 31-48.
- Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A. M., ... & van Achterberg, T. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *Bio Medic Journal.Quality & Safety*, 23(2), 126-135.

- Avendaño, C., Bustos, P., Espinoza, P., García, F., & Pierart, T. (2009). Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público. *Ciencia y enfermería*, 15(2), 55-68.
- Avila Toscano, J. H., Gómez Hernández, L. T., & Montiel Salgado, M. M. (2010). Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. *Pensamiento Psicológico*, 8(15), 39-52.
- Aysan, F., Thompson, D., & Hamarat, E. (2001). Test anxiety, coping strategies, and perceived health in a group of high school students: A Turkish sample. *The Journal of Genetic Psychology*, 162(4), 402-411. [doi:10.1080/00221320109597492](https://doi.org/10.1080/00221320109597492)
- Badger, K., Royse, D., & Craig, C. (2008). Hospital social workers and indirect trauma exposure: An exploratory study of contributing factors. *Health & Social Work*, 33(1), 63-71. [doi: 10.1093/hsw/33.1.63](https://doi.org/10.1093/hsw/33.1.63)
- Bagtasos, M. R. (2011). Quality of work life: A review of literature. *DLSU Business & Economics Review*, 20(2), 1-8.
- Balatsky, G., & Diener, E. (1993). A comparison of the well-being of Soviet and American students. *Social Indicators Research*, 28(3), 225-243.
- Ballester Arnal, R. (1997). Introducción a la psicología de la salud: Aspectos conceptuales. Valencia: Promolibro.
- Bartram, T., Casimir, G., Djurkovic, N., Leggat, S. G., & Stanton, P. (2012). Do perceived high performance work systems influence the relationship between emotional labour, burnout and intention to leave? A study of Australian nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1567-1578. [doi:10.1111/j.1365-2648.2012.05968.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05968.x)
- Barrick, M. R., & Mount, M. K. (1993). Autonomy as a moderator of the relationships between the Big Five personality dimensions and job performance. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 111-118.
- Bausela Herreras, E. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) de Gil-Monte, PR. *Anales de Psicología*, 21(2), 345-346.
- Begat, I., Ellefsen, B., & Severinsson, E. (2005). Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being a Norwegian study. *Journal of Nursing Management*, 13(3), 221-230. [doi:10.1111/j.1365-2834.2004.00527.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2004.00527.x)
- Bejarano Romero, F., Piñol, M. J., Mora, G. N., Claver, L. P., Brull, L. N., & Basora, G. J. (2008). Increased benzodiazepine use in elderly women attending urban primary health care centers. *Atencion Primaria/Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria*, 40(12), 617-621. [doi: 10.1016/S0212-6567\(08\)75695-6](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(08)75695-6)

- Benavides, F. G., Gimeno, D., Benach, J., Martínez, J. M., Jarque, S., Berra, A., & Devesa, J. (2002). Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. *Gaceta Sanitaria*, 16(3), 222-229.
- Bencomo, J., Paz, C., & Liebster, E. (2004). Rasgos de personalidad, ajuste psicológico y síndrome de agotamiento en personal de enfermería. *Investigación Clínica*, 45(2), 113-120.
- Bensing, J. M., Van Den Brink-Muinen, A., & De Bakker, D. H. (1993). Gender differences in practice style: a Dutch study of general practitioners. *Medical Care*, 31(3), 219-229.
- Ben-Zur, H., Gilbar, O., & Lev, S. (2001). Coping with breast cancer: Patient, spouse, and dyad models. *Psychosomatic Medicine*, 63(1), 32-39.
- Bergman, B., Ahmad, F., & Stewart, D. E. (2003). Physician health, stress and gender at a university hospital. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(2), 171-178. [doi:10.1016/S0022-3999\(02\)00484-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00484-1)
- Bernad-Pineda, M., de las Heras-Sotos, J., & Garcés-Puentes, M. V. (2014). Calidad de vida en pacientes con artrosis de rodilla y/o cadera. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 58(5), 283-289. [doi:10.1016/j.recot.2014.04.005](https://doi.org/10.1016/j.recot.2014.04.005)
- Bertakis, K. D., Franks, P., Azari, R. (2003). Effects of Physician Gender on Patient Satisfaction. *Journal of the American Medical Womens Association*; 58(2), 69-75.
- Bianchi, S. M., & Milkie, M. A. (2010). Work and family research in the first decade of the 21st century. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 705-725. [doi:10.1111/j.1741-3737.2010.00726.x](https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00726.x)
- Bianchi, S. M., Robinson, J. P., & Milke, M. A. (2006). *The changing rhythms of American family life*. New York: Russell Sage Foundation.
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Brière, N. M. (1989). L'échelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du "Satisfaction with Life Scale". *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 21(2), 210-223. <http://dx.doi.org/10.1037/h0079854>
- Blanco, G. (2004). Estrés laboral y salud en las enfermeras instrumentistas. *Revista. Facultativa. Médica.(Caracas)*, 27(1), 29-35.
- Bleichmar, E. D. (2008). ¿Todas Madame Curie? Subjetividad e identidad de las científicas y tecnólogas. In *Estudios iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud: GENCIBER* (pp. 37-50). Prensas Universitarias de Zaragoza.

- Bleil, M. E., McCaffery, J. M., Muldoon, M. F., Sutton-Tyrrell, K., & Manuck, S. B. (2004). Anger-related personality traits and carotid artery atherosclerosis in untreated hypertensive men. *Psychosomatic Medicine*, 66(5), 633-639.
- Bloomfield, K., Grittner, U., Kramer, S., & Gmel, G. (2006). Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action 'Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multinational Study'. *Alcohol and alcoholism*, 41(1), 126-136.
- Bobes, J., Casas, M., & Gutierrez, M. (2003). *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias*. Barcelona: Ars Médica.
- Bonet Porqueras, R., Moliné Pallarés, A., Olona Cabases, M., Gil Mateu, E., Bonet Notario, P., Les-Morell, E., Iza-Maiza, M., & Bonet Porqueras, M. (2009). Turno nocturno: un factor de riesgo en la salud y la calidad de vida del personal de enfermería. *Enfermería Clínica*, 19(2), 76-82. [doi:10.1016/j.enfcli.2008.10.010](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2008.10.010)
- Bonilla-Campos, A., & Castro-Solano, A. (2000). Estilos diferenciales de personalidad según sexo en población española y argentina. In M.P. Sánchez-López & M.M. Casullo, *Estilos de personalidad: una perspectiva iberoamericana* (pp. 101-131). Madrid: Miño y Dávila.
- Boletín Oficial del Estado BOE (1986). Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Bolger, N. (1990). Coping as a personality process. A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (3), 525-537. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.59.3.525>
- Borrajó de Lama, C., & Arribas Arribas, A. (2004). Automedicación en enfermería. *Revista Rol de Enfermería*, 27(7-8), 486-490.
- Borrell, C., & Benach, J. (2006). La evolución de las desigualdades en salud en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 20(5), 396-406.
- Bouchard, G., Guillemette, A., & Landry-Léger, N. (2004). Situational and dispositional coping: An examination of their relation to personality, cognitive appraisals, and psychological distress. *European Journal of Personality*, 18(3), 221-238.
- Bowles, A. O., Kevorkian, C. G., & Rintala, D. H. (2007). Gender differences regarding career issues and promotion in academic physical medicine and rehabilitation. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 86(11), 918-925. [doi: 10.1097/PHM.0b013e31815205f7](https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e31815205f7)
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*, Chicago: Aldine
- Brannon, L., & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Thomson.

- Brito Brito, P. R., Felipe, J. M. D. A., Gómez, Á. C., & Aguirre-Jaime, A. (2010). Satisfacción del profesional con el programa de formación en Metodología Enfermera CUIDARTE. *ENE, Revista de Enfermería*, 4(3), 8-17.
- Brooks, R. G., Jendteg, S., Lindgren, B., Persson, U., & Björk, S. (1991). EuroQol©: health-related quality of life measurement. Results of the Swedish questionnaire exercise. *Health policy*, 18(1), 37-48. [doi:10.1016/0168-8510\(91\)90142-K](https://doi.org/10.1016/0168-8510(91)90142-K)
- Brotons, C., Bjfrkelund, C., Bulc, M., Ciurana, R., Godycki-Cwirko, M., Jurgova, E. *et al.* (2005). Prevention and health promotion in clinical practice: The views of general practitioners in Europe. *Preventive Medicine*, 40(5), 595-601. [doi:10.1016/j.ypmed.2004.07.020](https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.07.020)
- Brown, K. A. E., Parker-Dominguez, T., & Sorey, M. (2000). Life Stress, Social Support, and Weil-Being Among College-Educated African American Women. *Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work*, 9(1-2), 55-73. [doi:10.1300/J051v09n01\\_04](https://doi.org/10.1300/J051v09n01_04)
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts y méthodes*. Paris: Dunod.
- Buchwald, P., & Schwarzer, C. (2003). The exam-specific Strategic Approach to Coping Scale and interpersonal resources. *Anxiety, Stress and Coping*, 16(3), 281-291. [doi:10.1080/1061580031000095434](https://doi.org/10.1080/1061580031000095434)
- Bullinger, M. (1995). German translation and psychometric testing of the SF-36 health survey: preliminary results from the IQOLA project. *Social science & medicine*, 41(10), 1359-1366. [doi:10.1016/0277-9536\(95\)00115-N](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00115-N)
- Burgess, L., Irvine, F., & Wallymahmed, A. (2010). Personality, stress and coping intensive care nurses: a descriptive exploratory study. *Nursing in critical care*, 15(3), 129-140. [doi:10.1111/j.1478-5153.2009.00384.x](https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2009.00384.x)
- Burgos-Díez, P., Ruíz-Albi, T., Queipo-Burón, D., Rescalvo, S., Martínez-León, M., del Amo-Merino, P. & Burgos-Díez, C. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores sanitarios. *Medicina Seguridad Trabajo Internet*, 58 (226), 27-34. <http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2012000100004>
- Bustelo, C. (1992). El reparto de responsabilidades familiares y profesionales. *Infancia y Sociedad*, 16, 49-66.
- Caballero Domínguez, C. C., Hederich, C., & Palacio Sañudo, J. E. (2010). El burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 131-146.
- Caballero Martín, M. A., Bermejo Fernández, F., Nieto Gómez, R., & Caballero Martínez, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 27(5), 313-317. [doi:10.1016/S0212-6567\(01\)79373-0](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)79373-0)

- Cabezas, C. (2000). La calidad de vida de los profesionales. *Formación Médica Continuada*, 7(7), 53-68.
- Cabrera, G. (2004). Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX. *Colombia Médica*, 35, 164-168.
- Campbell, A., Converse, P. E. & Rodgers., W.L. (1976). *The Quality of American Life*. New York: Sage.
- Campbell, S. L., Fowles, E. R., & Weber, B. J. (2004). Organizational structure and job satisfaction in public health nursing. *Public Health Nursing*, 21(6), 564-571. doi: [10.1111/j.0737-1209.2004.21609.x](https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2004.21609.x)
- Campos, M., Iraurgi, J., Páez, D. & Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, 82, 25-44
- Cantor, N., Norem, J., Langston, C., Zirkel, S., Fleeson, W., & Cook-Flannagan, C. (1991). Life tasks and daily life experience. *Journal of Personality*, 59(3), 425-451. doi: [10.1111/j.1467-6494.1991.tb00255.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1991.tb00255.x)
- Cañadas-De la Fuente, G. A., San Luis, C., Lozano, L. M., Vargas, C., García, I., & Emilia, I. (2014). Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(1), 44-52.
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., & De la Fuente, E. I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International journal of nursing studies*, 52(1), 240-249. doi:[10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001)
- Carballo Bouzas, JA., Failde Garrido, JM., & Vázquez Vázquez, MA. (2010). Burnout, autoestima, rasgos de personalidad y su relación con la salud percibida en trabajadores de atención gerontológica. Estudio preliminar. Comunicación a o XXII Congreso de la da Sociedade Galega de Xerontoloxía y Xeriatria. Sanxexo, 16-17 abril 2010 [consultado 21 Sept 2014]. Disponible en: <http://www.sgxx.org/COMUNICACIONES2010.doc>
- Cardenal, V. & Díaz Morales, J. F. (2000). Diferencias según el sexo en autoestima y en su asociación con otras variables psicológicas en adolescentes. *Psicología Educativa*, 6(2), 105-128.
- Cardenal Hernández, V., & Fierro Bardaji, A. (2001). Sexo y edad en estilos de personalidad, bienestar social y adaptación social. *Psicothema*, 13(1), 118-126.
- Carmona Moreno, L. D., Roza Reyes, C. M., & Mogollón Pérez, A. S. (2005). La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Revista Ciencias de la Salud*, 3(1), 62-77.



- Carpentier, J., & Cazamian, R. (1977). El trabajo nocturno. Ginebra: OIT.
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva. La ciencia de la felicidad*. Barcelona: Paidós.
- Carrasco, C., Alabart, A., Aragay, J. M., Ovejero, F., Farre, M., & Guisande, C. (1991). *El trabajo doméstico y la reproducción social*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz Rubiales, A. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 34 (1), 63-72.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International journal of behavioral medicine*, 4(1), 92-100.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., ... & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and social psychology*, 65(2), 375-390. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.65.2.375>
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of personality and social psychology*, 66(1), 184-195. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.66.1.184>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267-283. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Carver, C. S., Smith, R. G., Antoni, M. H., Petronis, V. M., Weiss, S., & Derhagopian, R. P. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology*, 24(5), 508-516. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.24.5.508>
- Casado Cañero, F. D. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Apuntes de psicología*, 20(3), 403-414.
- Casado-Mejía, R., & Botello-Hermosa, A. (2014). Representatividad de las mujeres en las sociedades científicas españolas del ámbito de la salud en 2014. *Gaceta Sanitaria*, 29(3), 209-212. [doi:10.1016/j.gaceta.2014.09.010](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.09.010)
- Case, A., & Paxson, C. (2005). Sex differences in morbidity and mortality. *Demography*, 42(2), 189-214.
- Castro, M. C., Delgado, J. B., Ramírez, A. B., Rovira, D.P., Ojeda, F. G., & Salazar, D. A. (2012). Estructura factorial de la escala de satisfacción con la vida en una muestra de estudiantes universitarios chilenos. *Revista mexicana de Psicología*, 29(2), 157-164.

- Castro Sánchez, A., Rodríguez Claro, M., Moreno Lorenzo, C., Vicente Martín, C., Arroyo Morales, M., & Fernández Fernández, M. (2006). Prevalencia del síndrome de burnout en fisioterapia. *Fisioterapia*, 28(1), 17-22. [doi:10.1016/S0211-5638\(06\)74017-2](https://doi.org/10.1016/S0211-5638(06)74017-2)
- Castro Solano, A. (2000). Estilos de personalidad, objetivos de vida y satisfacción vital. Un estudio comparativo con adolescentes argentinos. [Tesis Doctoral]. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Castro-Solano, A., & Casullo, M. M. (2000). Los estilos de personalidad en el ámbito laboral. In M.P. Sánchez-López y M.M. Casullo, *Estilos de personalidad: una perspectiva iberoamericana* (pp. 233-265). Madrid: Miño y Dávila.
- Castro-Solano, A., & Díaz-Morales, J. F. (2000). Estilos de personalidad, objetivos de vida y satisfacción vital. In M.P. Sánchez-López & M.M. Casullo, *Estilos de personalidad: una perspectiva iberoamericana* (pp. 195-231). Madrid: Miño y Dávila.
- Castro-Solano, A., & Díaz-Morales, J. F. (2002). Objetivos de vida y satisfacción vital en adolescentes españoles y argentinos. *Psicothema*, 14(1), 112-117.
- Castro Solano, A., & Sánchez López, M.P. (2000). Objetivos de vida y satisfacción autopercebida en estudiantes universitarios. *Psicothema*, 12(1), 87-92.
- Casullo, M.M. (Ed.). (2002). Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica. Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M.M. & Castro-Solano, A. (1997). Adaptación del MIPS en Argentina. En M.P. Sánchez-López y M.M. Casullo (Eds.), *Los Estilos de personalidad: Una perspectiva iberoamericana* (pp.266-281). Madrid: Miño y Dávila.
- Cebriá, J., Segura, J., Corbella, S., Sos, P., Comas, O., García, M., Rodríguez, C., Pardo, M.J., & Pérez, J. (2001). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención Primaria*, 27(7), 459-468. [doi:10.1016/S0212-6567\(01\)78836-1](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78836-1)
- Celma, M., & Acuña, A. (2009). Influencia de la feminización de la Enfermería en su desarrollo profesional. *Antropología Experimental*, 9(9), 119-136.
- Chacón, M. & Grau, J.A. (2004). Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. *Psicología y Salud*, 14(1), 67-78.
- Chan, Y. C. L. (2006). An analytic hierarchy framework for evaluating balanced scorecards of healthcare organizations. *Canadian Journal of Administrative Sciences/Revue Canadienne des Sciences de l'Administration*, 23(2), 85-104. [doi:10.1111/j.1936-4490.2006.tb00683.x](https://doi.org/10.1111/j.1936-4490.2006.tb00683.x)



- Chan, K. W., & Wyatt, T. A. (2007). Quality of work life: A study of employees in Shanghai, China. *Asia Pacific Business Review*, 13(4), 501-517.
- Chang, E. M., Bidewell, J. W., Huntington, A. D., Daly, J., Johnson, A., Wilson, H., ... & Lambert, C. E. (2007). A survey of role stress, coping and health in Australian and New Zealand hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 44(8), 1354-1362. [doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.06.003](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.06.003)
- Chang, E. M., Daly, J. W., Hancock, K. M., Bidewell, J., Johnson, A., Lambert, V. A., & Lambert, C. E. (2006). The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses. *Journal of Professional Nursing*, 22(1), 30-38. [doi:10.1016/j.profnurs.2005.12.002](https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2005.12.002)
- Chang, E., & Hancock, K. (2003). Role stress and role ambiguity in new nursing graduates in Australia. *Nursing & health sciences*, 5(2), 155-163. [doi:10.1046/j.1442-2018.2003.00147.x](https://doi.org/10.1046/j.1442-2018.2003.00147.x)
- Chang, Y. H., Li, H. H., Wu, C. M., & Wang, P. C. (2010). The influence of personality traits on nurses' job satisfaction in Taiwan. *International nursing review*, 57(4), 478-484. [doi:10.1111/j.1466-7657.2010.00825.x](https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00825.x)
- Chang, E., Rand, K. & Strunk, D. (2000). Optimism and risk for job burnout among working college students: Stress as a mediator. *Personality & Individual Differences*, 29(2), 255-263. [doi:10.1016/S0191-8869\(99\)00191-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00191-9)
- Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14 (3), 544-550.
- Chiumello, D., Caironi, P., Pelosi, P., Losappio, S., Malacrida, M., Tomamichel, R., & Gattinoni, L. (2000). Stress in nursing staff: a comparative analysis between intensive care units and general medicine units. *Critical Care*, 4(1), 1-2.
- Chodorow, N. J. (2002). Glass ceilings, sticky floors, and concrete walls: internal and external barriers to women's work and achievement. *Constructing and deconstructing woman's power*. 1st ed. London: Communication Crafts, 18-28.
- Clèries Costa, X., Josep Sarrado Soldevila, J., & López Vicente, P. (2007). La atención primaria y el poder resolutivo del sistema de salud: un estudio desde los profesionales. *Atención Primaria*, 39(8), 411-416. [doi:10.1157/13108615](https://doi.org/10.1157/13108615)
- CODAE, G. (2008). Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud (CODAE). Biblioteca Lascasas 2007; 3 (2).
- Cohen, L. & Manion, L. (2002). Métodos de Investigación Educativa. Madrid: La Muralla
- Colell, E., Sánchez-Niubò, A., Domingo-Salvany, A., Delclós, J., & Benavides, F. G. (2014). Prevalencia de consumo de hipnosedantes en población ocupada y

- factores de estrés laboral asociados. *Gaceta Sanitaria*, 28(5), 369-375. [doi:10.1016/j.gaceta.2014.04.009](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.04.009)
- Colell Brunet, R., Limonero García, J. T., & Otero, M. D. (2003). Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Investigación en salud*, (2), 1-13.
- Conry, M. C., Morgan, K., Curry, P., McGee, H., Harrington, J., Ward, M., & Shelley, E. (2011). The clustering of health behaviours in Ireland and their relationship with mental health, self-rated health and quality of life. *Bio Medic Central Public Health*, 11(1), 692. [doi:10.1186/1471-2458-11-692](https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-692)
- Contreras, F., Juárez, F., & Murrain, E. (2008). Influencia del Burnout, la calidad de vida y los factores socioeconómicos en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales y auxiliares de enfermería. *Pensamiento Psicológico*, 4(11), 29-44.
- Cooke, L. P. (2004). The gendered division of labor and family outcomes in Germany. *Journal of Marriage and Family*, 66(5), 1246-1259. [doi: 10.1111/j.0022-2445.2004.00090.x](https://doi.org/10.1111/j.0022-2445.2004.00090.x)
- Cooper, C. L., Rout, U., & Faragher, B. (1989). Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioners. *Bio Medic Journal*, 298(6670), 366-370.
- Córdoba, R., Cabezas, C., Camaralles, F., Gómez, J., Herráez, D. D., López, A., & Marqués, F. (2012). Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Atención Primaria*, 44, 16-22. [doi:10.1016/S0212-6567\(12\)70011-2](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(12)70011-2)
- Coronel de Pace, C. P. (2002). Bienestar Psicológico. Consideraciones teóricas. Recuperado el 12 de enero de 2014, <http://www.psicologia.unt.edu.ar/index.php?option=com...task>
- Corrales-Nevado, D., Alonso-Babarro, A., & Rodríguez-Lozano, M. Á. (2012). Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 63-68. [doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.032](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.032)
- Costa, P. T. (1996). Work and Personality: Use of the NEO-PI-R in Industrial/Organisational Psychology. *Applied Psychology*, 45(3), 225-241.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1984). Personality as a life long determinant of well-being. *Emotion in adult development*, 141-157.
- Costa, P., & McCrae, R.R. (1985). The NEO Personality Inventory Manual. Odessa, FL: psychological Assesment Resources.
- Costa, P., & McCrae, R.R. (1988). Personality in adulthood: a six-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO personality inventory. *Journal of Personality an Social Psychology*, 54, 2, 853-863.

- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and individual differences*, 13(6), 653-665.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1994). Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor (NEO-FFI) Inventory professional manual. Odessa, FL: PAR.
- Costa, T. P. & McCrae, R.R. (1996). Mood and personality in adulthood. En C. Magai & S.H. MacFadden (eds.). *Handbook of emotion, adult development and aging* (pp. 369-383) San Diego: Academic Press.
- Costa Jr, P., Terracciano, A., & McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: robust and surprising findings. *Journal of personality and social psychology*, 81(2), 322. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.81.2.322>
- Coverman, S. (1983). Gender, domestic labor time and wage inequality. *American Sociological Review*, 48(5), 623-637.
- Crespo, M., & Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de conducta*, 23(92), 797-830.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/bf02310555>
- Cruz, A. C., Noriega, M., & de los Ángeles Garduño, M. (2003). Trabajo remunerado, trabajo doméstico y salud. Las diferencias cualitativas y cuantitativas entre mujeres y varones Wage labor, housewifery, and health: qualitative and quantitative differences. *Cad. Saúde Pública*, 19(4), 1129-1138.
- Csikszentmihalyi, M. (1998). *Creatividad: el flujo y la psicología del descubrimiento y la invención*. Barcelona, Paidós.
- Cuéllar Flores, I., & Sánchez López, M. (2012). Adaptación psicológica en personas cuidadoras de familiares dependientes. *Clínica y Salud*, 23(2), 141-152.
- Cuéllar-Flores, I., Sánchez-López, M. P. & Brabete, A. C. (2013). Thinking styles and psychological treatment effectiveness in caregivers: A pilot study. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 78, 350-354. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.04.309>
- Cuéllar-Flores, I., Sánchez-López, M. P., & Santamaría, P. (2012). Personality and psychological adjustment in formal caregivers. What is best for caring is also the best for caregivers? *Anuario de Psicología*, 42 (2), 151-164.
- Cummins, R. (2000). Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social Indicators Research*, 52(1), 55-72. Doi: <http://dx.doi.org/10.1023/a:1007027822521>.

- Davidson, J. E., Powers, K., Hedayat, K. M., Tieszen, M., Kon, A. A., Shepard, E., ... & Armstrong, D. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical Care Medicine*, 35(2), 605-622. doi: 10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB
- De Diós del Valle, R., & Franco Vidal, A. (2007). Prevalencia de burnout entre los profesionales de Atención Primaria, factores asociados y relación con la incapacidad temporal y la calidad de la prescripción. *SEMERGEN-Medician de Familia*, 33(2), 58-64. doi:10.1016/S1138-3593(07)73851-0
- De la Fuente, L., De la Fuente Solana, E. I., Trujillo, H., Ortega Martínez, A. R., & García García, J. (1994). Salud laboral: Evaluación de Burnout en profesionales sanitarios. *Revista de la Facultad de Humanidades de Jaén*, 3(3), 93-104.
- De Pablo Hernández, C. (2007). El síndrome de burnout y los profesionales sanitarios. *Nursing (Ed. española)*, 25(8), 60-65. doi:10.1016/S0212-5382(07)70979-2
- Del Ríos Moro, O., Perezagua García, M. C., Villalta Sevilla, M. T., & Sánchez Donaire, A. (2005). Satisfacción personal de enfermería. ¿se cumplen nuestras expectativas?. In *Enfermería cardiovascular—cuarto congreso virtual de cardiología*.
- Des Rivières-Pigeon, C., Saurel-Couzolles, M. J., & Romito, P. (2002). Division of domestic work and psychological distress one year after child-birth: A comparison between France, Quebec and Italy. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 12, 397-409.
- DeCola, P. R., & Riggins, P. (2010). Nurses in the workplace: expectations and needs. *International Nursing Review*, 57(3), 335-342. doi: 10.1111/j.1466-7657.2010.00818.x
- Denollet, J., De Jonge, P., Kuyper, A., Schene, A. H., Van Melle, J. P., Ormel, J., & Honig, A. (2009). Depression and Type D personality represent different forms of distress in the Myocardial INfarction and Depression-Intervention Trial (MIND-IT). *Psychological medicine*, 39(05), 749-756.
- Delgado-Sánchez, A., López-Fernández, L. A., & de Dios Luna, J. (1993). Influence of the doctor's gender in the satisfaction of the users. *Medical Care*, 31(9), 795-800.
- Delgado-Sánchez, A., López Fernández, L.A.,& Luna, J.D. (2001). Ser médico o médica marca diferencias en la práctica asistencial. *Atención Primaria*, 28(4), 219-226. doi:10.1016/S0212-6567(01)78938-X
- Delgado-Sánchez, A., Saletti-Cuesta, L., López-Fernández, L.A., & Toro Cárdenas, S. (2013). Las características familiares y la salud percibida en médicas y médicos de familia de Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), 508-515. doi:10.1016/j.gaceta.2012.12.008

- Delgado-Sánchez, A., Saletti-Cuesta, L., Toro-Cárdenas, S., López-Fernández, L. A., Luna del Castillo, J. D. D., & Mateo-Rodríguez, I. (2011). Validación de escala para evaluar la relación familia-trabajo en médicas y médicos de familia. *Revista Española de Salud Pública*, 85(1), 159-172.
- Delgado Sánchez, A., Távora Rivero, A., & Ortiz Gómez, T. (2003). Las médicas, sus prácticas y el dilema con la feminidad. *Estudios de Sociolingüística*, 4(2), 589-611.
- DeLongis, A., & Holtzman, S. (2005). Coping in context: The role of stress, social support, and personality in coping. *Journal of personality*, 73(6), 1633-1656. [doi: 10.1111/j.1467-6494.2005.00361.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00361.x)
- DeRidder, D. (2000). Gender, stress and coping: Do women handle stressful situations differently from men. *Women, health and the mind*, 115-135.
- Díaz Morales, J. F. (2001). Diferencias intergrupales en el sistema de metas personales, satisfacción y rendimiento en adolescentes. [Tesis Doctoral]. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Díaz-Morales, J.F., & Castro-Solano, A. (2000). Estilos diferenciales de personalidad según edad en población española y argentina. In M.P. Sánchez-López & M.M. Casullo, *Estilos de personalidad: una perspectiva iberoamericana* (pp. 132-169). Madrid: Miño y Dávila.
- Díaz Morales, J. F., & Sánchez López, M. P. (2001). Relevancia de los estilos de personalidad y las metas personales en la predicción de la satisfacción vital. *Anales de Psicología*, 17(2), 151-158.
- Díaz-Morales, J.F., & Sánchez-López, M.P. (2002). Relaciones entre estilos de personalidad y satisfacción autopercebida en diferentes áreas vitales en estudiantes universitarios. *Psicothema*, 14(1), 100-105.
- Díaz Ojeda, E., Navarro Barrios, P., & Prado Díaz, S. (2005). Sistema Nacional de Salud. La retribución variable. *Revista de administración sanitaria siglo XXI*, 3(1), 205-236.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575. <http://dx.doi.org/10.1037%2F0033-2909.95.3.542>
- Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. Intervención psicosocial. *Revista sobre igualdad y calidad de vida*, 3(8), 67-113.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: the science of Happiness and proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Diener, E. & Biswas-Diener, R. (2009). *Assessing Well-Being: The Collected Works of Ed Diener*. Dordrecht: Springer.
- Diener, E., Diener, M., & Diener, C. (1995). Factor predicting the subjective well-being

- of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 653 - 663.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. doi: [10.1207/s15327752jpa4901\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13)
- Diener, E. & Larsen, R. (1991). The experience of emotional well-being. En M. Lewis y J.M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 405-415) (Capítulo 28). Nueva York: Guilford.
- Diener, E., Sandvik, E., Seidlitz, L. & Diener, M. (1993). The relationship between income and subjective well-being: Relative or absolute? *Social Indicators Research*, 28, 195-223.
- Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social indicators research*, 40(1-2), 189-216.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125(2), 276.
- Domínguez-Fernández, J.M., Herrera Clavero, F., Villaverde Gutierrez, M.C., Padilla Segura, I., Martínez Bagur, M.L., & Domínguez Fernández, J. (2012). Síndrome de desgaste profesional en trabajadores de atención a la salud en el área sanitaria de Ceuta. *Atención Primaria*, 44(1), 30-35. doi:[10.1016/j.aprim.2011.01.004](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.01.004)
- Domínguez-Fernández, J. M., Padilla-Segura, I., Domínguez-Fernández, J., & Domínguez-Padilla, M. (2013). Tipologías comportamentales en relación con el burnout, mobbing, personalidad, autoconcepto y adaptación de conducta en trabajadores sanitarios. *Atención Primaria*, 45(4), 199-207. doi:[10.1016/j.aprim.2012.11.002](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.11.002)
- Dolado, J.J., & Felgueroso, F. (2007). Diferencias de género y temporalidad: el caso de los profesionales superiores en el sector sanitario en España. Documento de trabajo 2007-24 (Series: Capital Humano y Empleo. Economía de la Salud y Hábitos de Vida, Junio). Madrid: Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA), 2007.
- Dorfman, L. T. & Heckert, D.A. (1988). Egalitarianism in retired rural couples: House hold tasks, decisión making, and leisure activities. *Family Relations*, 37(1),73-78.
- Dresch, V. (2006). Relaciones entre personalidad y salud física/psicológica, diferencias según sexo/género, situación laboral y cultura/nación [Tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Dresch, V., Sánchez-López, M.P., Aparicio-García, M.E. ((2005). El Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS) en Brasil. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 19(1), 9-29.



- Embriaco, N., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Pochard, F., & Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current Opinion in Critical Care*, 13(5), 482-488. doi: [10.1097/MCC.0b013e3282efd28a](https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e3282efd28a)
- Emmons, R. (1986). Personal Strivings: An approach to personality and subjective well being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(5), 1058-1068. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.51.5.1058>
- Emmons, R. (1992). Abstract versus concrete goals: Personal strivin level, Physical Illness and psychoogical well being, *Journal of Personality and Social Psychology*, 62 (2), 292-300. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.62.2.292>
- Emmons, R. A. (1995). Levels and domains in personality: An introduction. *Journal of Personality*, 63(3), 341-364.
- Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España EDADES. (2009-2010). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES\\_2009.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES_2009.pdf)
- Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España EDADES. (2011-2012). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2013. Disponible en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pde/EDADES2011.pdf>
- Encuesta Europea de Salud, 2009. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2009.
- Encuesta Nacional de Salud ENS. (2006). Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Instituto Nacional de Estadística.
- Encuesta Nacional de Salud España ENSE.(2011-2012). Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Serie Informes Monográficos. Consumo de alcohol.[http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/ENSE2011\\_12\\_MONOGRAFICO\\_\\_1\\_ALCOHOL3.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/ENSE2011_12_MONOGRAFICO__1_ALCOHOL3.pdf)
- Enseñat Grau, M. P. (2013). Abordaje del paciente complejo a través de la gestión de casos. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 20(4), 217-221. doi:[10.1016/S1134-2072\(13\)70559-0](https://doi.org/10.1016/S1134-2072(13)70559-0)
- Elston, M. A. (2009). Women and medicine: The future. *London: Royal College of Physicians*.
- Elliot, M. (2001). Gender differences in causes of depression. *Women and Health*, 33(3-4), 163-177. doi: [10.1300/J013v33n03\\_11](https://doi.org/10.1300/J013v33n03_11).
- Erickson, M., & Upshur, C. C. (1989). Caretaking burden and social support: comparison of mothers of infants with and without disabilities. *American Journal of Mental Retardation*, 94(3), 250-258.

- Escribà-Agüir, V., Artazcoz, L., & Pérez Hoyos, S. (2008). Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome del burnout en médicos especialistas. *Gaceta Sanitaria*, 22(4), 300-308. [doi:10.1157/13125351](https://doi.org/10.1157/13125351)
- Escribà-Agüir, V., Bernabé-Muñoz, Y. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en Médicos especialistas de la Comunidad Valenciana. Un estudio con entrevistas semiestructuradas. *Revista Española Salud Pública*, 76(5), 595-604.
- Esteva, M., Larraz, C., & Jiménez, F. (2006). La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. *Revista Clínica Española*, 206(2), 77-83. [doi:10.1157/1308-357](https://doi.org/10.1157/1308-357)
- European Union. (2011). *The State of Men's Health in Europe*. Bruselas: European Union.
- Evans, J. (1997). Men in nursing: issues of gender segregation and hidden advantage. *Journal of Advanced nursing*, 26(2), 226-231.
- Fachel, J. M. & Camey, S. (2000). Avaliação psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados. En J. A. Cunha, *Psicodiagnóstico-V*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fajardo Trasobares, M. E., & Germán Bes, C. (2004). Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index de Enfermería*, (46), 9-12.
- Farrerons, L. & Calvo, F. (2008). Estudio descriptivo del síndrome de burnout en una muestra de profesionales de enfermería en el área sur de Gran Canaria. *Ansiedad y estrés*, 14(1), 101-113.
- Feist, G. J., Bodner, T. E., Jacobs, J. F., Miles, M., & Tan, V. (1995). Integrating top-down and bottom-up structural models of subjective well-being: A longitudinal investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(1), 138.
- Fernández, J. (1998). *Nuevas perspectivas en el desarrollo del sexo y el género*. Madrid: Pirámide.
- Fernández, M.I., Villagrasa, J.R., Gamo, M., Vázquez, J., Cruz, E., Aguirre, *et al.* (1995). Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. *Revista Salud Pública* 69(6), 487-497
- Fernández Álvarez, T., Gómez Castro, M.J., Baidés Morente, C. & Martínez Fernández, J. (2002). Factores que influyen en la prescripción de benzodiacepinas y acciones para mejorar su uso: un estudio Delphi en médicos de Atención Primaria. *Atención Primaria* 30(5), 297-303. [doi:10.1016/S0212-6567\(02\)79031-8](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)79031-8)
- Fernández-Mendoza, J., Ilioudi, C., Montes, M.I., Olavarrieta-Bernardino, S., Aguirre-Berrocal, A., de la Cruz-Troca, J.J., & Vela-Bueno, A. (2010). Circadian



- preference, nighttime sleep and daytime functioning in young childhood. *Sleep and Biological Rhythms*, 8, 52-62. [doi: 10.1111/j.1479-8425.2010.00430.x](https://doi.org/10.1111/j.1479-8425.2010.00430.x)
- Fernández Moyano, A., García Garmendia, J. L., Palmero Palmero, C., García Vargas-Machuca, B., Páez Pinto, J. M., Álvarez Alcina, M., ... & Vallejo Maroto, I. (2007). Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria. *Revista Clínica Española*, 207(10), 510-520. [doi:10.1157/13111551](https://doi.org/10.1157/13111551)
- Fernández Moyano, A., & Ollero Baturone, M. (2010). Percepción de la continuidad asistencial. Conocer para actuar. *Revista Española Salud Pública*, 84(4), 349-351.
- Fernández-Ruiz, M.L., & Sánchez-Bayle, M. (2003). Evolución de la prevalencia del tabaquismo entre las médicas y enfermeras de la Comunidad de Madrid. *Gaceta Sanitaria*, 17(1), 5-10.
- Fernández San Martín, M.I., Moinelo, A., Villanueva, A., Andrade, C., Rivera, M., Gómez, J.M. & Parrilla, O. (2000). Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del área 10 del Insalud de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 74(2), 139-147.
- Fierro, A., & Cardenal, V. (2001). Pertinencia de estilos de personalidad y variables cognitivas a indicadores de salud mental. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 54(2), 207-226.
- Figuerola, M. I., Contini, N., Lacunza, A. B., Levín, M., & Estévez Suedan, A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico: Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina).
- Fillion, L., Kovacs, A., Gagnon, P. & Endler, N. (2002). Validation of the shortened COPE for use with breast cancer patients undergoing radiation therapy. *Current Psychology*, 21(1), 17-34.
- Flinkman, M., Laine, M., Leino-Kilpi, H., Hasselhorn, H. M., & Salanterä, S. (2008). Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(5), 727-739.
- Flores-Villavicencio, M. E., Troyo-Sanromán, R., Valle, M. A., & Vega-López, M. G. (2010). Ansiedad y estrés en la práctica del personal de enfermería en un hospital de tercer nivel en Guadalajara. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 13(1), 1-17.
- Fonseca, M., Fleitas, G., Tamborero, G., Benejam, M., & Leiva, A. (2013). Estilos de vida de los médicos de atención primaria: percepción e implicaciones sobre la prevención cardiovascular. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 39(8), 421-432. [doi:10.1016/j.semerg.2013.01.006](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2013.01.006)

- Fonseca, M., Sanclemente, G., Hernández, C., Visiedo, C., Bragulat, E., & Miró, Ò. (2010). Residentes, guardias y síndrome de burnout. *Revista Clínica Española*, 210(5), 209-215. doi:10.1016/j.rce.2009.12.006
- Fontán Atalaya, I.M., & Dueñas Díez, J.L. (2008). Síndrome de burnout en los ginecólogos del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 51(9), 531-540.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a mild aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1981). An analysis if coping in a middle-aged community sample. *Journal of Heatlh and social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of personality and social psychology*, 54(3), 466.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 50(3), 571-579. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.50.3.571>
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review Psychology*, 55, 745-774.
- Fornes-Vives, J., García-Banda, G., Frías-Navarro, D., Hermoso-Rodríguez, E., Santos-Abaunza, P., (2012). Stress and neuroticism in Spanish nursing students: a two-wave longitudinal study. *Research in Nursing Health* 35(6), 589-597 doi:10.1002/nur.21506
- Frade Mera, M.J., Vinagre Gaspar, R., Zaragoza García, I., Viñas Sánchez, S., Antúnez Melero, E., Álvarez González, S. & Malpartida Martín, P. ( 2009). Síndrome de burnout en distintas unidades de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 20(4), 131-140. doi:10.1016/S1130-2399(09)73221-3
- Freire, J. M., & Navarro-López, V. (2004). La atención primaria de la salud y los hospitales en el Sistema Nacional de Salud. *El estado de bienestar en España. Madrid: Tecnos*, 239-91.
- Frías Osuna, A., Prieto Rodríguez, M.A., Heierle Valero, C., Gil García, E., & Aceijas Hernández, C. (2004). Actitudes, percepciones y satisfacción de las enfermeras andaluzas con la atención domiciliaria. *Enfermería Clínica*, 14(6), 297-306. doi:10.1016/S1130-8621(04)73907-8
- Frutos Llanes, R., Jiménez Blanco, S., & Blanco Montagut, L.E. (2014). Síndrome de desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Ávila. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 40(7), 357-365.

[doi:10.1016/j.semerg.2014.02.008](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2014.02.008)

- Fub, I., Nubling, M., Hasselhorn, H. M., Schwappach, M., & Rieger, M. (2008). Working conditions and work-family conflict in German hospital physicians: psychological and organisational predictors and consequences. *Bio Med Central public health*, 8(353). [doi:10.1186/1471-2458-8-353](https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-353)
- Fuentelsanz Gallego, C., Moreno Casbas, T., Gómez-García, T., & González María, E. (2013). Entorno laboral, satisfacción y burnout de las enfermeras de unidades de cuidados críticos y unidades de hospitalización. Proyecto RN4CAST- España. *Enfermería Intensiva*, 24(3), 104-112. [doi:10.1016/j.enfi.2013.06.001](https://doi.org/10.1016/j.enfi.2013.06.001)
- Fuentelsanz Gallego, C., Moreno Casbas, T., López Zorraquino, D., Gómez García, T., & González María, E. (2012). Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto RN4CAST-España. *Enfermería Clínica*, 22(5), 261-268. [doi:10.1016/j.enfeli.2012.09.001](https://doi.org/10.1016/j.enfeli.2012.09.001)
- Funder, D.C. (2001). Personality. *Annual Review of Psychology*, 52,197-221
- Furnham, A., & Henderson, M. (1981). Sex differences in self-reported assertiveness in Britain. *British Journal of Clinical Psychology*, 20(4), 227-238.
- Fusté-Escolano, A., & Ruiz-Rodríguez, J. (2000). Análisis de la relación entre personalidad, estrategias de afrontamiento, estrés autopercebido y respuesta inmune a una prueba de hipersensibilidad retardada. *Ansiedad y Estrés*, 6(2-3), 169-189.
- Gable, S. L., Reis, H. T., Impett, E. A., & Asher, E. R. (2004). What do you do when things go right? The intrapersonal and interpersonal benefits of sharing positive events. *Journal of personality and social psychology*, 87(2), 228-245.
- Galán, A., & Perona, S. (2001). Algunas aportaciones críticas en torno a la búsqueda de un marco teórico del afrontamiento en la psicosis. *Psicothema*, 13(4), 563-570.
- Garaigordobil, M., Aliri, J., & Fontaneda, I. (2009). Bienestar psicológico subjetivo: diferencias de sexo, relaciones con dimensiones de personalidad y variables predictoras. *Psicología conductual*, 17(3), 543-559.
- García, A. M., & Gadea, R. (2008). Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. *Atención primaria*, 40(9), 439-445. [doi:10.1157/13126417](https://doi.org/10.1157/13126417)
- García de Cortázar, M., Arranz Lozano, F., Val Cid, C., Agudo, Y., Viedma Rojas, A., Justo Suárez, C., & Pardo Rubio, P. (2006). Mujeres y hombres en la ciencia española: Una investigación empírica, Instituto de la Mujer, Madrid.
- García Izquierdo, M., Sáez Navarro, M. C., & Llor Esteban, B. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 215-228.

- García-Morillo, J. S., Bernabeu-Wittel, M., Ollero-Baturone, M., Aguilar-Guisad, M., Ramírez-Duque, N., de la Puente, M. A. G., ... & Cuello-Contreras, J. A. (2005). Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. *Medicina clínica*, 125(1), 5-9. [doi:10.1157/13076399](https://doi.org/10.1157/13076399)
- García Pozo, A., Moro Tejedor, M.N., & Medina Torres, M. (2010). Evaluación y dimensiones que definen el clima y la satisfacción laboral en el personal de enfermería. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(4), 207-214. [doi:10.1016/j.cali.2010.02.003](https://doi.org/10.1016/j.cali.2010.02.003)
- García Sánchez, S. (1993). La qualitat de vida professional com a avantatge competitiu. *Revista de Qualitat*, 11, 4-9.
- García Vallejo, R., Lázaro Marí, M. P., & Quintana Bravo, M. A. (2008). Mejora de la calidad del trabajo enfermero en Atención Primaria tras una estrategia organizativa. *Metas de enfermería*, 11(5), 8-12.
- Garrosa, E., Moreno, B., Liang, Y. & González, J.L. (2008). The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(3), 418-427. [doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.09.003](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.09.003)
- Garrosa, E., Moreno, B., Rodríguez, R., & Morante M.E. (2005). Variables predictoras del burnout en enfermería: importancia de los procesos emocionales de resistencia. *Revista de Medicina y Seguridad en el Trabajo*, 51(199), 5-13.
- Garrosa, E., Moreno, B., Rodríguez Muñoz, A., & Rodríguez Carvajal, R. (2011). Role stress and personal resources in nursing: A cross-sectional study of burnout and engagement. *International Journal of Nursing Studies*, 48(4), 479-489. [doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.08.004](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.08.004)
- Garrosa, E., Rainho, C., Moreno-Jiménez, B., & Monteiro, M.J. (2010). The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: A correlational study at two time points. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 205-215. [doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.05.014](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.014)
- Garzón González, G., Chacón García, A., Rodrigo Yudego, R., Alemany López, A., Domínguez Peña, C., & Martínez Cervell, C. (2010). Análisis de la calidad de vida laboral y de los factores relacionados con esta, en un área de atención primaria. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(6), 334-340. [doi:10.1016/j.cali.2010.07.001](https://doi.org/10.1016/j.cali.2010.07.001)
- Gelb Safran, D., Rogers, W.H., Tarlov, A.R., McHorney, C. A., & Ware, J. E. (1997). Gender differences in medical treatment: the case of physician-prescribed activity restrictions. *Social Science Medicine*, 45(5), 711-722. [doi:10.1016/S0277-9536\(96\)00405-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00405-4)

- Georgas, J., Berry, J. W., van de Vijver, F. J., Kagitçibasi, Ç., & Poortinga, Y. H. (Eds.). (2006). *Families across cultures: A 30-nation psychological study*. Cambridge University Press.
- George, J.M. (1991). Time structures and purse as a mediator of work-life linkages. *Journal of Applied Psychology*, 21, 296-314.
- Germán Bes, C. (2006). Historia de la institución de la enfermería universitaria. Análisis con una perspectiva de género. Universidad de Zaragoza. [Tesis doctoral, noviembre de 2006].
- Germán Bes, C., & Miqueo Miqueo, C. (2008). Los estereotipos de género en los manuales de las enfermeras y ayudantes técnicos sanitarios (ATS). In *Estudios iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud: GENCIBER* (pp. 413-420). Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Gholamzadeh, S., Sharif, F., & Rad, F. D. (2011). Sources of occupational stress and coping strategies among nurses who are working in Admission and Emergency Department in Hospitals affiliated to Shiraz University of Medical Sciences, Iran. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 16(1), 42.
- Giannotti, F., Cortesi, F., Sebastiani, T., & Ottaviano, S. (2002). Circadian preference, sleep and daytime behaviour in adolescence. *Journal of sleep research*, 11(3), 191-199.
- Gibbons, C., Dempster, M., & Moutray, M. (2011). Stress, coping and satisfaction in nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 67(3), 621-632. [doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05495.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05495.x)
- Gil García, E., Romo Avilés, N., Poo Ruiz, M., Meneses Falcón, C., Markez Alonso, I., & Vega Fuente, A. (2005). Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa. *Atención primaria*, 35(8), 402-407. [doi:10.1157/13074791](https://doi.org/10.1157/13074791)
- Gil, F., Alcover, C. M., & Peiró, J. M. (2005). Work team effectiveness in organizational contexts: Recent research and applications in Spain and Portugal. *Journal of Managerial Psychology*, 20(3/4), 193-218.
- Gilbar, O. (2005). Breast Cancer: How Do Israeli Women Cope? A Cross-Sectional Sample. *Families, Systems, & Health*, 23(2), 161-171. <http://dx.doi.org/10.1037/1091-7527.23.2.161>
- Gili, M., Ferrer, V., Roca, M., & Bernardo, M. (1998). Diferencias de género en un estudio epidemiológico de salud mental en población general en la isla de Formentera. *Actas Luso Espanolas de Neurologia Psiquiatria y Ciencias Afines*, 26(2), 90-96.

- Gil-Monte, P. R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Psychological studies*, 7(1), 3-10.
- Gil-Monte, P. R. (2002). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Psicología Científica.com*. [www.psicologiacientifica.com](http://www.psicologiacientifica.com)
- Gil Monte, P. R. (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide.
- Gil Monte, P.R. (2008). Magnitud of relationship between burnout and absenteeism: a preliminary study. *Psychological reports*, 102(2), 465-468. doi: 10.2466/pr0.102.2.465-468
- Gil-Monte, P. R., Carretero, N., Roldán, M. D. & Núñez-Román, E. (2005). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(1-2),107-123.
- Gil-Monte, P.R. & Peiró, J.M.(1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 135-149.
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M., & Valcárcel, P. (1998). A model of burnout process development: An alternative from appraisal models of stress. *Comportamento Organizacional e gestão*, 4(1), 165-179.
- Gjerberg, E. (2003). Women doctors in Norway: the challenging balance between career and family life. *Social science & medicine*, 57(7), 1327-1341. doi:10.1016/S0277-9536(02)00513-0
- Gable, S. L., Reis, H. T., Impett, E. A., & Asher, E. R. (2004). What do you do when things go right? The intrapersonal and interpersonal benefits of sharing positive events. *Journal of personality and social psychology*, 87(2), 228. <http://dx.doi.org/10.1037>
- Glass, J., & Fujimoto, T. (1994). Housework, paid work, and depression among husbands and wives. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 179-191.
- Glasziou, P., & Haynes, B. (2005). The paths from research to improved health outcomes. *Evidence Based Nursing*, 8(2), 36-38. doi:10.1136/ebn.8.2.36
- Godoy, A. (2002). Epidemiología de la diabetes y sus complicaciones no coronarias . *Revista Española de Cardiología*, 55(6), 657-670. doi:10.1016/S0300-8932(02)76674-8



- Godoy, D., Godoy, J., López-Chicheri, I., Martínez, A., Gutiérrez, S., & Vázquez, L. (2008). Propiedades Psicométricas de la Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés. *Psicothema*, 20(1), 155-165.
- Golbasi, Z., Kelleci, M., & Dogan, S. (2008). Relationships between coping strategies, individual characteristics and job satisfaction in a sample of hospital nurses: cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(12), 1800-1806. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.06.009>
- Golembiewsky, R., Munzenreider, R. & Stevenson, J. (1986). *Stress in Organizations: Towards a Phase Model of Burnout*. Nueva York: Praeger.
- Gómez Esteban, R. (2004). El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatria*, (90), 41-56.
- Gómez-Moreno, N., Orozco-Beltrán, D., Carratalá-Munuera, C., & Gil-Guillén, V. (2006). Evolución de la relación entre atención primaria y especializada 1992-2001: estudio Delphi. *Atención primaria*, 37(4), 195-202. [doi:10.1157/13085949](https://doi.org/10.1157/13085949)
- González Barrón, R., Montoya Castilla, I., Casullo, M., & Bernabéu-Verdú, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes . *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- González Gutiérrez, J.L., Moreno Jimenez, B., Garrosa Hernandez, E., & C. Peñacoba Puente, C. (2005). Personality and Subjective Well-Being: Big Five Correlates and Demographic Variables. *Personality and Individual differences*, 38(7), 1561-1569. [doi:10.1016/j.paid.2004.09.015](https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.09.015)
- González Leandro, P., & Castillo, M. D. (2010). Coping with stress and its relationship with personality dimensions, anxiety, and depression. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1562-1573. [doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.326](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.326)
- González Ramella, G., Varela, D., Aparicio García, M., Guichon, R., Ceriani, P. & Baraza, F. (2003). Estilos de personalidad en depresivos; perfil del MIPS en un grupo de pacientes y controles. *Interpsiquis*, 4º Congreso Virtual de Psiquiatría. Disponible en <http://hdl.handle.net/10401/2795>
- Goñi, A., Rodríguez, A. & Ruíz de Azúa, S.(2004). Bienestar psicológico y autoconcepto físico en la adolescencia y juventud. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicopatología*, 25(4), 141-151.
- Goodwin, R. (2006). Association between coping with anger and feelings of depression among youths. *American Journal of Public Health*, 96(4), 664-669
- Grandis, J. R., Gooding, W. E., Zamboni, B. A., Wagener, M. M., Drenning, S. D., Miller, L., ... & Wagner, R. L. (2004). The gender gap in a surgical subspecialty: analysis of career and lifestyle factors. *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 130(6), 695-702. doi:10.1001/archotol.130.6.695.
- Grau, E. (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de

- enfermería: un estudio longitudinal. Tesis Doctoral no publicada, Universidad de Valencia (España).
- Grau Martín, A., Flichtentrei, D., Suñer Soler, R., Font-Mayolas, S., Prats, M., & Braga, F. (2008). El burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. © *Informació Psicològica*, 91, 64-79.
- Grau, A., Suñer, R., & García, M. M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta sanitaria*, 19(6), 463-470.
- Grau, A., Suñer, R & García, M.M. (2005). El optimismo de los profesionales sanitarios y su relación con la calidad de vida, el *burnout* y el clima organizacional. *Sociedad Española de Calidad Asistencial*, 20(7), 370-376. [doi:10.1016/S1134-282X\(05\)70780-6](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(05)70780-6)
- Griffith, E., Marshall, E. J., & Cook, C. C. (2003). *The treatment of drinking problems: A guide for the helping professions*. Cambridge University Press.
- Güell, M. R., Antón, A., Rojas-García, R., Puy, C., & Pradas, J. (2013). Atención integral a pacientes con esclerosis lateral amiotrófica: un modelo asistencial. *Archivos de Bronconeumología*, 49(12), 529-533. [doi:10.1016/j.arbres.2013.01.013](https://doi.org/10.1016/j.arbres.2013.01.013)
- Guic, E., Mora, P., Rey, R., & Robles, A. (2006). Estrés organizacional y salud en funcionarios de centros de atención primaria de una comuna de Santiago. *Revista médica de Chile*, 134(4), 447-455. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006000400007>
- Gunthert, K. C., Cohen, L. H., & Armeli, S. (1999). The role of neuroticism in daily stress and coping. *Journal of personality and social psychology*, 77(5), 1087.
- Gupta, M. & Sharma, P. (2011). Factor credentials boosting quality of work life of BSNL employees in Jammu Region. *Asia Pacific Journal of Research in Business Management*, 2(1), 79-89.
- Habib, R. R., Zohry, A., Nuwayhid, I., & Najdi, F. (2006). Older adults in the division of domestic labor in communities on the outskirts of Beirut. *European Journal of Ageing*, 3(3), 137-145. [Doi: 10.1007/s10433-006-0031-3](https://doi.org/10.1007/s10433-006-0031-3)
- Haim M., Peterson M., Kandels M., Sabo J., Blalock M., Braden R., Gryezman A., Krisko-Hagel K., Larson D., Lemay D., Sister B., Strom L. & Topham D. (2005). Hospital nurse staffing and patient mortality, emotional exhaustion, and job dissatisfaction. *Clinical Nurse Specialist*, 19(5), 241-51.
- Hamaideh, S. H. (2011). Burnout, social support, and job satisfaction among Jordanian mental health nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(4), 234-242.
- Hamarat, E., Thompson, D., Steele, D., Matheny, K. & Simons, C. (2002). Age



- differences in coping resources and satisfaction with life among middle-aged, young-old, and oldest-old adults. *Journal of Genetic Psychology*, 163(3), 360-367. doi:10.1080/00221320209598689
- Härmä, M. (2006). Workhours in relation to work stress, recovery and health. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(6), 502-514.
- Harrison, M., Loiselle, C. G., Duquette, A., & Semenic, S. E. (2002). Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Quebec. *Journal of Advanced Nursing*, 38(6), 584-591. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02225.x
- Hays, M., Mannahan, C., Cuaderes, E. & Wallace, D. (2006). Reported stressors and ways of coping utilized by intensive care unit nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 25(4), 185-193.
- Healy, C. M., & McKay, M. F. (2000). Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 681-688.
- Heinen, M. M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., ... & Schoonhoven, L. (2013). Nurses' intention to leave their profession: a cross sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 174-184. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.019>
- Hernández J. (2010). La enfermería frente al espejo. Fundación alternativas. [consultado 23 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/la-enfermeria-frente-al-espejo-mitos-y-realidades>
- Hernández Lahoz-Ortiz, I., Paz Esquete, J., Vázquez Lago, J.M., & García Casas, R. (2010). Calidad de vida en pacientes revascularizados por isquemia crítica de miembros inferiores. *Angiología*, 62(2), 51-57. doi:10.1016/S0003-3170(10)70015-8
- Hernández Zamora, G. L., Olmedo Castejón, E., & Ibáñez Fernández, I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 323-336.
- Herrera-Amaya, G., & Manrique-Abril, F. G. (2008). Condiciones laborales y grado de satisfacción de profesionales de enfermería. *Aquichan*, 8(2), 243-256.
- Hidalgo, M.J. & V. Matas (2004): "Estudio Comparativo del salario médico en España", Sindicato Médico de Granada.
- Hollingworth, S. A., & Siskind, D. J. (2010). Anxiolytic, hypnotic and sedative medication use in Australia. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 19(3), 280-288. doi: 10.1002/pds.1899

- Hombrados, M. I. (1997). *Estrés y salud*. Valencia: Promolibro.
- Huang, T. C., Lawler, J., & Lei, C. Y. (2007). The effects of quality of work life on commitment and turnover intention. *Social Behavior and Personality: an International Journal*, 35(6), 735-750.
- Hudek-Knežević, J., Kalebić Maglica, B., & Krapić, N. (2011). Personality, organizational stress, and attitudes toward work as prospective predictors of professional burnout in hospital nurses. *Croatian Medical Journal*, 52(4), 538-549. doi:10.3325/cmj.2011.52.538
- Huerta, J., Pérez, I., & Castellanos, A. (2000). Desarrollo curricular por competencias profesionales integrales. *Revista Educar*, 13, 87-96.
- Ibáñez Martínez, N., Vilaregut Puigdesens, A., & Abio Roig, A. (2004). Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enfermería Clínica*, 14(3), 142-151. doi:10.1016/S1130-8621(04)73873-5
- Instituto de la mujer. (2007). *Las mujeres en España. Estadísticas. Salud. Profesionales Sanitarias*. Disponible en [http://www.migualdad.es/mujer/mujeres/cifras/salud/profesionales\\_sanitarias.ht](http://www.migualdad.es/mujer/mujeres/cifras/salud/profesionales_sanitarias.ht)
- Instituto Nacional de Estadística. (2009). *Encuesta Europea de Salud en España*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Irion, J. C., & Blanchard-Fields, F. (1987). A cross-sectional comparison of adaptive coping in adulthood. *Journal of Gerontology*, 42(5), 502-504.
- Izquierdo, J., Del Río, O., & Rodríguez, A. (1988). *La desigualdad de las mujeres en el uso del tiempo*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Jenaro-Rio, C., Flores-Robaina, N., & González-Gil, F. (2007). Síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 107-121.
- Jiang, H., Li, C., Gu, Y., & Lu, H. (2014). Nurse Satisfaction and Burnout in Shanghai Neurology Wards. *Rehabilitation Nursing*, 0, 1-8. doi: 10.1002/rnj.174
- Jones, M. C., Wells, M., Gao, C., Cassidy, B., & Davie, J. (2013). Work stress and well-being in oncology settings: a multidisciplinary study of health care professionals. *Psycho-Oncology*, 22(1), 46-53. doi: 10.1002/pon.2055
- Jourdain, G., & Chênevert, D. (2010). Job demands-resources, burnout and intention to leave the nursing profession: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), 709-722.
- Judkins, S. K. (2001). *Stress, hardiness, and coping strategies among mid-level nurse managers: Implications for continuing higher education*. Unpublished doctoral dissertation, University of North Texas, Denton.

- Judkins, S., Massey, C., & Huff, B. (2006). Hardiness, stress, and use of ill-time among nurse managers: is there a connection?. *Nursing economics*, 24(4), 187.
- Judkins, S., Reid, B. & Furlow, L. (2006). Hardiness Training among Nurse Manarers: building a healthy workplace. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 37, 202-207.
- Kaarna, M., Pölluste, K., Lepnurm, R., & Thetloff, M. (2004). The progress of reforms: job satisfaction in a typical hospital in Estonia. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(3), 253-261.
- Kacel, B., Miller, M., & Norris, D. (2005). Measurement of nurse practitioner job satisfaction in a Midwestern state. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17(1), 27-32. doi:10.1111/j.1041-2972.2005.00007.x
- Kelley, M. L., Hock, E., Jarvis, M. S., Smith, K. M., Gaffney, M. A., & Bonney, J. F. (2002). Psychological adjustment of Navy mothers experiencing deployment. *Military Psychology*, 14(3), 199. [http://dx.doi.org/10.1207/S15327876MP1403\\_2](http://dx.doi.org/10.1207/S15327876MP1403_2)
- Kamen-Siegel, L., Rodin, J., Seligman, M. & Dwyer, C. (1991). Explanatory style and cell mediated immunity. *Health Psychology*, 10, 229-235. <http://dx.doi.org/10.1037>
- Kaner, E., Rapley, T., & May, C. (2006). Seeing through the glass darkly? A qualitative exploration of GPs' drinking and their alcohol intervention practices. *Family practice*, 23(4), 481-487. doi: 10.1093/fampra/cml015
- Keyes, C. L. M. & Magyar-Moe, J.L. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (eds.), *Positive psychological assessment: a handbook of models and measures* (pp. 411-425). Washington: American Psychological Association.
- Kheiraoui, F., Gualano, M. R., Mannocci, A., Boccia, A., & La Torre, G. (2012). Quality of life among healthcare workers: A multicentre cross-sectional study in Italy. *Public Health*, 126(7), 624-629. [doi:10.1016/j.puhe.2012.03.006](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.03.006)
- Kimemia, M., Asner-Self, K. K., & Daire, A. P. (2011). An exploratory factor analysis of the Brief COPE with a sample of Kenyan caregivers. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 33(3), 149-160.doi:101007/s10447-011-9122-8
- Kirchner, T., Forns, M., Amador, J.A., & Muñoz, D. (2010). Stability and consistency of coping in adolescence: a longitudinal study. *Psicothema*, 22 (3), 382-388.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11.
- Kobasa, S. C. (1982). The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. *Social Psychology of Health and Illness*, 4, 3-32.

- Kobasa, S., Maddi, S., & Kahn, S. (1993). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65 (1), 207.
- Kohler, M. (2010). *Exploring the relationships among work-related stress, quality of life, job satisfaction, and anticipated turnover on nursing units with clinical nurse leaders* [Doctoral dissertation], University of South Florida.
- Kondo, N., Kawachi, I., Subramanian, S. V., Takeda, Y., & Yamagata, Z. (2008). Do social comparisons explain the association between income inequality and health?: Relative deprivation and perceived health among male and female Japanese individuals. *Social science and medicine*, 67(6), 982-987. doi:[10.1016/j.socscimed.2008.06.002](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.06.002)
- Korunka, C., Hoonakker, P., & Carayon, P. (2008). Quality of working life and turnover intention in information technology work. *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing & Service Industries*, 18(4), 409-423.
- Kottke, T., Baechler, C., Canterbury, M., Danner, C., Erickson, K., Hayes, R., et al. (2013). ICSI Health Care Guideline: Healthy Lifestyles. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) May [consultado 3-2014]. Disponible en: [https:// www.icsi.org/\\_asset/4qjdnr/HealthyLifestyles.pdf](https://www.icsi.org/_asset/4qjdnr/HealthyLifestyles.pdf)
- Krantz, G. & Östergren, P. O. (2001). Double exposure: The combined impact of domestic responsibilities and job strain on common symptoms in employed Swedish women. *The European Journal of Public Health*, 11(4), 413-419. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cki079>
- Kreimer, M. (2004). Labour market segregation and the gender-based division of labour. *European Journal of Women's Studies*, 11(2), 223-246. doi: 10.1177/1350506804042097
- Krzemien, D. (2007). Estilos de personalidad y afrontamiento situacional frente al envejecimiento en la mujer. *Interamerican Journal of Psychology*, 41(2), 139-150.
- Kvist, T., Voutilainen, A., Mäntynen, R., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2014). The relationship between patients' perceptions of care quality and three factors: nursing staff job satisfaction, organizational characteristics and patient age. *Bio Med Central Health Services Research*, 14(1), 466. doi:10.1186/1472-6963-14-466.
- Labouvie-Vief, G. & Diehl, M. (2000). Cognitive complexity and maturity of coping. *Psychology of Aging*, 15(3), 490-504.
- Lafuente, J. V., Escanero, J. F., Manso, J. M., Mora, S., Miranda, T., Castillo, M., Díaz Veliz, G., Gargiulo, P., Bianchi, R., Gorena, D., & Mayora, J. (2007). El diseño curricular por competencias en educación médica: impacto en la formación profesional. *Educación médica*, 10(2), 86-92.

- Lagarde, Marcela. Mujeres cuidadoras. Entre la obligación y la satisfacción. Congreso Internacional SARE 2003. Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado, 2003 Oct 13-14; Vitoria-Gasteiz. Disponible en: [http://webs.uvigo.es/pmayobre/textos/marcela\\_lagarde\\_y\\_de\\_los\\_rios/mujeres\\_cuidadoras\\_entre\\_la\\_obligacion\\_y\\_la\\_satisfaccion\\_lagarde.pdf](http://webs.uvigo.es/pmayobre/textos/marcela_lagarde_y_de_los_rios/mujeres_cuidadoras_entre_la_obligacion_y_la_satisfaccion_lagarde.pdf)
- Lagnaoui, R., Depont, F., Fourrier, A., Abouelfath, A., Begaud, B., Verdoux, H., & Moore, N. (2004). Patterns and correlates of benzodiazepine use in the French general population. *European journal of clinical pharmacology*, 60(7), 523-529. [doi:10.1007/s00228-004-0808-2](https://doi.org/10.1007/s00228-004-0808-2)
- Lambert, V. A., & Lambert, C. E. (2008). Nurses' workplace stressors and coping strategies. *Indian Journal of Palliative Care*, 14(1), 38-44. [doi:10.4103/0973-1075.41934](https://doi.org/10.4103/0973-1075.41934)
- Lambert, V. A., Lambert, C. E., & Ito, M. (2004). Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 41(1), 85-97. [doi:10.1016/S0020-7489\(03\)00080-4](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00080-4)
- Lambert, V. A., Lambert, C. E., Petrini, M., Li, X. M., & Zhang, Y. J. (2007). Workplace and personal factors associated with physical and mental health in hospital nurses in China. *Nursing & health sciences*, 9 (2), 120-126. [doi:10.1111/j.1442-2018.2007.00316.x](https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2007.00316.x)
- Larrabee, J. H., Janney, M. A., Ostrow, C. L., Withrow, M. L., Hobbs, G. R., & Burant, C. (2003). Predicting registered nurse job satisfaction and intent to leave. *Journal of Nursing Administration*, 33(5), 271-283.
- Larrañaga, I., Arregui, B., & Arpal, J. (2004). El trabajo reproductivo o doméstico. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 31-37.
- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., María Begiristáin, J., José Valderrama, M., & Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta sanitaria*, 22(5), 443-450. [doi:10.1157/13126925](https://doi.org/10.1157/13126925)
- Laschinger, H. K. S., & Grau, A. L. (2012). The influence of personal dispositional factors and organizational resources on workplace violence, burnout, and health outcomes in new graduate nurses: A cross-sectional study. *International journal of nursing studies*, 49(3), 282-291. [doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.09.004](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.004)
- Lateef, F., Ng, A., & Anantharaman, V. (2001). Stress among nurses in the emergency department. *Singapore Nursing Journal*, 28(1), 22-26.
- Lauriola, M., Russo, P.M., Lucidi, F., Violani, C. & Levin, I.P. (2005). The role of personality in positively and negatively framed risky health decisions. *Personality and Individual Differences*, 38, 45-59.
- Lawton, M.P. (1984). The varieties of Well-being. En C. Malatesta & F. Izard

- (Eds.). *Emotion in adult development*. California: Sage Publications In
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaption*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234-247.
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones para la salud*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Apraissal and Coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lederer, W., Kinzl, J. F., Traweger, C., Dosch, J. & Summann, G. (2008). Fully developed burnout and burnout risk in intensive care personnel at a university hospital. *Anaesthesia and Intensive Care*, 36(2), 208-213.
- Lee, R. T. & Ashford, B. E. (1993). A longitudinal study among supervisors and managers: Comparations between the Leiter and Maslach (1988) and Golewbiesky *et al.* (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54, 369-398.
- Leguizamón, L. C., & Gómez, V. (2002). Condiciones laborales y de salud en enfermeras de Santafé de Bogotá. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(1), 173-182.
- Leitner, K. & Resch, M. G. (2005). Do the Effects of Job Stressors on Health Persist over Time?: A Longitudinal Study with Observational Stressors Measures. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(1), 18-30.
- Lert, F., Chastang, J. & Castano, I. (2001). Psychological stress among hospital doctors caring for HIV patients in the late nineties. *AIDS Care*, 13(6), 763-778. [doi:10.1080/09540120120076922](https://doi.org/10.1080/09540120120076922)
- Levy, M. M. (2004). Caring for the caregiver. *Critical Care Clinics*, 20(3), 541-547.
- Lewis, C.A., Shevlin, M.E., Bunting, B. P., & Joseph, S. (1995). Confirmatory factor analysis of the satisfaction with life scale: Replication and methodological refinement. *Perceptual and Motor Skills*, 80, 304-306. [doi:10.2466/pms.1995.80.1.304](https://doi.org/10.2466/pms.1995.80.1.304)
- Ley General de Sanidad, (1986). Ley 14/1986, de 25 de abril. *Boletín Oficial del Estado*, 102, 15207-15224.



- Li, J., & Lambert, V. A. (2008). Job satisfaction among intensive care nurses from the People's Republic of China. *International Nursing Review*, 55(1), 34-39. [doi:10.1111/j.1466-7657.2007.00573.x](https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2007.00573.x)
- Li, J., & Lambert, V. A. (2008). Workplace stressors, coping, demographics and job satisfaction in Chinese intensive care nurses. *Nursing in Critical Care*, 13(1), 12-24. [doi:10.1111/j.1478-5153.2007.00252.x](https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2007.00252.x)
- Liminañana, R. M., Corbalán, F. J. & Calvo, M. T. (2009a). Resiliencia y discapacidad. Murcia: Universidad de Murcia.
- Liminañana Gras, M., Corbalán Berna, J. & Sánchez-López, M. (2010): Creatividad y estilos de personalidad: aproximación a un perfil creativo en estudiantes universitarios. *Anales de Psicología*, 26 (2): 273-278.
- Linares-Ortiz, J., Robles-Ortega, H., & Peralta-Ramírez, M. I. (2014). Modificación de la personalidad mediante una terapia cognitivo-conductual de afrontamiento al estrés. *Anales de psicología*, 30(1), 114-122.
- Little, B. (1983). Personal projects: A rationale and a method for investigation. *Environment and Behavior*, 15, 273-309. [doi: 10.1177/0013916583153002](https://doi.org/10.1177/0013916583153002)
- Little, B. R. (2008). Personal projects and free traits: Personality and motivation reconsidered. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(3), 1235-1254. [doi: 10.1111/j.1751-9004.2008.00106.x](https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2008.00106.x)
- Liu, Q., & Guo, H. (2004). Correlative survey on nurses' occupational pressure and ways of coping. *Shanghai Nursing*, 4(2), 10-12
- Lomeña, J.A., Campaña, F.M., Nuevo Toro, G., Rosas D., Berrocal, A. & García, F. (2004). Burnout y satisfacción laboral en Atención Primaria. *Medicina de Familia Andal*, 5, 147-155.
- LooSee, B. & Raduan, C.R. (2007). Linking QWL and job performance: Implications for organizations. *Performance Improvement*, 46(6), 30-35.
- López, E., Findling, L., & Abramzón, M. (2006). Desigualdades en Salud: ¿Es diferente la percepción de morbilidad de varones y mujeres? *Salud Colectiva*, 2(1), 61-74.
- López-Araújo, B., Osca, A., & Peiró, J.M. (2007). El papel modulador de la implicación con el trabajo en la relación entre el estrés y la satisfacción laboral. *Psicothema*, 19(1), 81-87.
- López-Araujo, B., Osca-Segovia, A. & Rodríguez Muñoz, M.F. (2008). Estrés de rol, implicación con el trabajo y burnout en soldados profesionales españoles. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(2), 293-304.
- López-Castillo, J., Gurpegui, M., Ayuso-Mateos, J. L., Luna, J. D., & Catalan, J. (1999). Emotional distress and occupational Burnout in health care professionals serving HIV-infected patients: a comparison with oncology and internal

- medicine services. *Psychotherapy and psychosomatics*, 68, 348-356.
- López Castro, J., Cid Conde, L., Fernández Rodríguez, V., Failde Garrido, J.M., & Almazán Ortega, R. (2013). Análisis de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca mediante el cuestionarios genérico SF-36. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(6), 355-360. [doi:10.1016/j.cali.2013.05.008](https://doi.org/10.1016/j.cali.2013.05.008)
- López-García, E., Banegas, J.R., Pérez-Regadera, A.G., Gutierrez-Fisac, J.L., Alonso, J., & Rodríguez Artalejo, F. (2003). Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Medicina Clínica*, 120(15), 568-573 [doi:10.1016/S0025-7753\(03\)73775-0](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(03)73775-0)
- López-Soriano, F., & Bernal, L. (2002). Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Revista de Calidad asistencial*, 17(4), 201-205. [doi:10.1016/S1134-282X\(02\)77505-2](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(02)77505-2)
- Losa-Iglesias, M. E., de Bengoa Vallejo, R. B., & Fuentes, P. S. (2010). The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(1), 30-37. [doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.06.014](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.06.014)
- Lozano Serrano, M., García Seco, J.A., García Seco, F., Lozano Hernández, M.C., Seco Segura, A.M., Moreno Fernández, J., Muñoz Cazallas, P.A., Ferreiro Vicario, C., & Aguirre Sánchez-Covisa, M. (2013). Valoración de la satisfacción y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 en tratamiento con infusión subcutánea continua de insulina comparado con multidosis de insulina. *Enfermería Clínica*, 23(3), 96-102. [doi:10.1016/j.enfcli.2013.02.004](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.02.004)
- Lu, L. (1996). Coping consistency and emotional outcome: Intra-individual and inter-individual analyses. *Personality and Individual Differences*, 21, 583-589. [doi:10.1016/0191-8869\(96\)00099-2](https://doi.org/10.1016/0191-8869(96)00099-2)
- Luhmann, M., Hawkley, L. C., Eid, M. & Cacioppo, J. T. (2012). Time frames and the distinction between affective and cognitive well-being. *Journal of Research in Personality*, 46, 431-441. <http://dx.doi.org/10.1016%2Fj.jrp.2012.04.004>
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success?, *Psychological Bulletin*, 131 (6), 803-855. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
- MacRae, N. (2005). Women and work: a ten year retrospective. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 24(4), 331-339.
- Maganto, J. M., Etxeberria, J., & Porcel, A. (2010). La corresponsabilidad entre los miembros de la familia, como factor de conciliación. *Educatio Siglo XXI*, 28(1), 69-84.
- Magnus, K., Diener, E., Fujita, F., & Pavot, W. (1993). Extraversion and neuroticism as predictors of objective life events: a longitudinal analysis. *Journal of personality and social psychology*, 65(5), 1046. <http://dx.doi.org/10.1037>



- Manzano García, G. (2008). Síndrome de burnout y riesgos psicosociales en personal de enfermería. Prevalencia e intervención. *Informació Psicológica*, (91-92),23-31.
- Mao, Z-H., & Zhao, X-D. (2012). The effects of social connections on self-rated physical and mental health among internal migrant and local adolescents in Shanghai, China. *Bio Med Central Public Health*, 12(1), 97. doi:10.1186/1471- 2458-12-97
- Marco, E., Duarte, E., Santos, J.F., Aguirrezabal, A., Morales, A., Belmonte, R., Muniesa, J.M., Tejero, M., & Escalada, F. (2010). Deterioro de la calidad de vida en cuidadores familiares de pacientes con discapacidad por ictus: una entidad a considerar. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(6), 356-364. doi:10.1016/j.cali.2010.06.003
- March Cerdá, J. C., Danet, A., Romero Vallecillos, M., & Prieto Rodríguez, M. A. (2010). Clima emocional en equipos de profesionales sanitarios de Andalucía. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(6), 372-377. doi:10.1016/j.cali.2010.02.005
- Marmot, M., & Feeney, A. (1996). Work and health: implications for individuals and society. *Health and social organization*, 235-254.
- Marshall, K. (2006). Converging gender roles. Perspectives on labour and income. Statistics Canada, Catalogue No 75-001-XIE, July.
- Martel, J.P. & Dupuis, G. (2006). Quality of work life: theoretical and methodological problems, and presentation of a new model and measuring instrument. *Social Indicators Research*, 77(2), 333-368. doi:10.1007/s11205-004-5368-4
- Martín, I. (2007). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Apuntes de Psicología*, 25 (1) 87-99.
- Martín-Lesende, I., Gorroñoigoitia, A., Gómez, J., Baztán, J.J., & Abizanda, P. (2010). El anciano frágil. Detección y manejo en atención primaria. *Atención Primaria*, 42 (7), 388-393. doi:10.1016/j.aprim.2009.09.022
- Martín Zurro, A. (2008). Organización de las actividades en atención primaria: El Centro de salud y el equipo de salud. *Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. 6a edición. Ed. Elsevier SA*, 33-5.
- Martínez, Y. (1997). Tomas de decisión familiares. En J. M. Múgica y S.Ruiz de Maya (Eds.), *El comportamiento del consumidor* (pp. 15-34). Barcelona: Ariel.
- Martinez Anton, M., Buelga Vasquez, S. M., & Cava Caballero, M. J. (2007). La satisfacción con la vida en la adolescencia y su relación con la autoestima y el ajuste escolar. *Anuario de Psicología*, 38, 293-303.
- Martínez, M., Buelga, S., & Cava, M. J.(2007). La satisfacción con la vida en la adolescencia y su relación con la autoestima y el ajuste escolar. *Anuario de Psicología*, 38(2), 5-15.

- Martínez-Correa, A., Reyes del Paso, G.A., García.Leó, A., & González-Jareño, M. I. G., (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18(1), 66-72.
- Martínez de la Casa Muñoz, A., Magaña Loarte, E., Franco Moreno, E., & Segura Fragoso, A. (2003). Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del área sanitaria de Talavera de la Reina. *Atención Primaria*, 32(6), 343-348. doi:[10.1016/S0212-6567\(03\)79294-4](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)79294-4)
- Martínez González, J.A. (2010). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 2,(18).
- Marulanda, I.C. (2007). *Estrés laboral enemigo silencioso de la salud mental y la satisfacción con la vida*. Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Burnout. *Annual Review of Psychology* 52, 397-422.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.35.9.807>
- Matthews, K. A., Räikkönen, K., Sutton-Tyrrell, K., & Kuller, L. H. (2004). Optimistic attitudes protect against progression of carotid atherosclerosis in healthy middle-aged women. *Psychosomatic medicine*, 66(5), 640-644.
- Matía Cubillo, A.C., Cordero Guevara, J., Mediavilla Bravo, J.J., Pereda Riguera, M.J., González Castro, M.A., & González Sanz, A. (2012). Evolución del burnout y variables asociadas a los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 44(9), 532-539. doi:[10.1016/j.aprim.2010.05.021](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.05.021)
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and individual differences*, 37(7), 1401-1415. doi:[10.1016/j.paid.2004.01.010](https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.01.010)
- Mayser, S., Scheibe, S., & Riediger, M. (2008). Unreachable? An empirical differentiation of goals and life longings. *European Psychologist*, 13(2), 126-140. doi:<http://dx.doi.org/10.1027/1016-9040.13.2.126>
- McAdams, D. P. (1992). The Five-Factor model in personality: A critical appraisal. *Journal of personality*, 60(2), 329-361.
- McCallum, J. (1995). The SF-36 in an Australian sample: validating a new, generic health status measure. *Australian journal of public health*, 19(2), 160-166. doi: 10.1111/j.1753-6405.1995.tb00367.x
- McCrae, R.R. (1982) Age differences in the use of coping mechanisms. *Journal of Gerontology*, 37,454-560.

- McCrae, R.R. (1984). Situational determinants of coping responses: Loss threat, and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 919-928.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of personality*, 54(2), 385-404.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1994). The stability of personality: Observations and evaluations. *Current directions in psychological science*, 3(6), 173-175.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2004). A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 587-596.
- McCrae, R.R. & Terracciano, A. (2005a). Universal features of personality traits from the observer's perspective: data from 50 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(3), 547-561.
- McCrae, R.R. & Terracciano, A. (2005b). Personality profiles of cultures: aggregate personality traits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(3), 407-425.
- McGowan, J., Gardner, D. & Fletcher, R. (2006). Positive and negative affective outcomes of occupational stress. *New Zealand Journal of Psychology*, 35(2), 92-98.
- McHorney, C. A., Ware Jr, J. E., & Raczek, A. E. (1993). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical care*, 247-263.
- McHugh, M. D., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2011). Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Affairs*, 30(2), 202-210.
- Michalos, A.C. (1986). An application of Multiple Discrepante Theory (TDM) to seniors, *Social Indicator Research*, 18, 349-373.
- Miguel-Tobal, J. J. & Casado, M. I. (2011). Estrés y afrontamiento. En A. Puente (Coord.), *Psicología contemporánea básica y aplicada* (pp. 513-533). Madrid: Pirámide.
- Mingote Adán, J. C., Moreno Jiménez, B., & Gálvez Herrer, M. (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Medicina clínica*, 123(7), 265-270. [doi:10.1016/S0025-7753\(04\)74484-X](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(04)74484-X)
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). *Informe de Salud y Género 2007-2008. Mujeres y hombres en las profesiones sanitarias*. Madrid: Centro de Publicaciones Paseo del Prado.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2009). *Informe sobre profesionales de cuidados de enfermería. Oferta-Necesidad 2010-2025*. Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del SNS y Alta Inspección. Madrid: Centro

de Publicaciones Paseo del Prado.

- Millon, T. (1969). *Modern psychopathology: a biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Philadelphia: Saunders.
- Millon, T. (1974). Un método de aprendizaje biosocial. In T. Millon (Ed.) *Psicopatología y Personalidad*. México: Interamericana.
- Millon, T. (1976). *Psicopatología moderna: Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Salvat Editores.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III, Axis II*. New York: Wiley.
- Millon, T. (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory, Manual* (2nd ed.) Minneapolis: Interpretative Scoring Systems.
- Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II, Manual* (2a ed.). Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology: An evolutionary model*. New York: Wiley.
- Millon, T. (1994). *Millon Index of Personality Styles*. San Antonio: The Psychological Corporation. Traducción: (1997). MIPS: Inventario Millon de Estilos de Personalidad. Buenos Aires: Paidós
- Millon, T. (1994a). *Millon Index of Personality Styles, Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Millon, T. (1997). *Inventario Millon de Estilos de Personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Millon, T. (2000). Toward a new model integrative psychotherapy: psychosynergy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(1), 37-53. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/a:1009418411050>
- Millon, T. (2001). *Inventario de Estilos de Personalidad de Millon, Manual*. Adaptación de M.P. Sánchez-López, J.F. Díaz-Morales & M.E. Aparicio-García. Madrid: TEA Ediciones.
- Millon, T. (2002). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II)* (3a ed.). Adaptación de A. Ávila-Espada. Madrid: TEA Ediciones.
- Millon, T. (2003). It's time to rework the blueprints: Building a science for clinical psychology. *American Psychologist*, 58(11), 949-961. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066x.58.11.949>
- Millon, T. (2004a). *Millon Index of Personality Styles, Manual Revised*. Minneapolis: Pearson Assessments.
- Millon, T. (2004b). Treatment planning and outcome assessment in adults: the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III). In J.J. Magnavita (Ed.) (2004),

- Handbook of personality disorders: theory and practice.* (pp. 24-55). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Millon, T. (2005). Reflections on the future of persolology and psychopatology. En S. Stephen (Ed.), *Handbook of personality and psychopatology* (pp. 527-546). Hoboken, NJ: Jonh Wiley & Sons.
- Millon, T. (2007). Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III). Adaptación de V. Cardenal-Hernández y M. P. Sánchez-López. Madrid: TEA Ediciones.
- Millon, T. & Davis, R. (1997). Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (2ndEd.). Minneapolis: NCS Pearson, Inc
- Millon, T., & Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Masson.
- Millon, T., & Davis, R.D. (2004). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T., & Everly, G.S. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Millon, T., & Grossman, S.D. (2005). Personology: a theory based on evolutionary concepts. In M.F. Lenzenweger & J.F. Clarkin (Ed.), *Major theories of personality disorder (2nd ed.)* (pp. 332-390). New York, NY: Guilford Press.
- Miró Morales, E., Solanes Puchol, A., Martínez, P., Sánchez, A.I & Rodríguez Martín, J. (2007). Relación entre el burnout o “síndrome de quemarse por el trabajo”, la tensión laboral y las características del sueño. *Psicothema*, 19(3), 388-394.
- Mischel, W., & Shoda, Y. (1995). A cognitive-affective system theory of personality: reconceptualizing situations, dispositions, dynamics, and invariance in personality structure. *Psychological review*, 102(2), 246. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.102.2.246>
- Molina, J.M. & Ávalos, F. (2007). Satisfacción laboral y desgaste profesional del personal de enfermería. [Revista Tesela], 1. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts1/ts6327.php> Consultado el 3 de Octubre 2014.
- Molina Linde, J.M., Ávalos Martínez, F., & Giménez Cervantes, I. (2005). Burnout en enfermería de atención primaria. *Enfermería Clínica*, 15(5), 275-282. [doi:10.1016/S1130-8621\(05\)71127-X](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(05)71127-X)
- Moos, R.H. (1988). Life stressors and coping resources influence health and well being. *Evaluación Psicológica*, 4, 133-58.
- Morán, C., Landero, R. & González M., T. (2010). COPE-28: Un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552.

- Moran, S. K., & Parry, T. R. (2003). Managing change in healthcare: a study of one hospital system's efforts. *Healthy and Productive Work: An International Perspective*, 51.
- Morales-Asencio, J. M. (2014). Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enfermería Clínica*, 24(1), 23-34. [doi:10.1016/j.enfcli.2013.10.002](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.10.002)
- Morcillo Cebolla, V., De Lorenzo-Cáceres Ascanio, A., Domínguez Ruiz de León, P., Rodríguez Barrientos, R., & Torijano Castillo, M.J. (2014). Desigualdades en la salud autopercebida de la población española mayor de 65 años. *Gaceta Sanitaria*, 28(6), 511-521. [doi:10.1016/j.gaceta.2014.05.008](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.05.008)
- Moreno-Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49(1), 63-70.
- Moreno Arroyo. M., Jerez González. J., Cabrera Jaime. S., Estrada Mallorens. J., & López Martín. A. (2013). [Seven hour shifts versus 12 hours in intensive nursing care: going against the tide]. *Enfermería intensiva/Sociedad Espanola de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias*, 24(3), 98-103. [doi:10.1016/j.enfi.2013.04.002](https://doi.org/10.1016/j.enfi.2013.04.002)
- Moreno Jiménez, B., Arcenillas Fernández, M.V., Morante Benadero, M.E. & Garrosa Hernández, E. (2005). Burnout en profesores de primaria: personalidad y sintomatología. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*, 21, 71-88.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa-Hernández, E., & Gálvez-Herrer, M. (2005). Personalidad positiva y Salud. En: *L. Florez-Alarcon, M. Botero y B. Moreno, Psicología de la salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica* (59-76) Bogotá:ALAPSA.
- Moreno-Jiménez, B., González, J., Garrosa, E. & Peñacoba, C. (2002). Desgaste profesional en hospitales: Influencia de las variables sociodemográficas. *Rol de Enfermería*, 25 (11), 18-26.
- Moreno-Jiménez, B., Morett-Natera, N.I., Rodríguez-Muñoz,A., & Morante-Benadero, M.E. (2006). La personalidad resistente como variable moduladora del síndrome de burnout en una muestra de bomberos. *Psicothema*, 18(3), 413-418.
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez Muñoz, A., Garrosa, E. & Morante, M.E. (2005). Breve historia del burnout a través de sus instrumentos de evaluación. En M. Martínez, (Comp.): *Quemarse en el trabajo (burnout). 11 perspectivas del burnout* (pp. 161-182). Zaragoza: Egido Editorial, S.L.
- Moreno-Jiménez, B.,Seminotti, R., Garroza-Hernández, E., Rodríguez-Carvajal, R., & Morante-Benadero, M-E.( 2005). El burnout médico: la ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes. *Ansiedad y Estrés*, 11(1), 87-100.



- Moreno Luna, M. E., Clemente Lirola, E., Piñero Acín, M.J., Martínez Matías, M.R., Alonso Gómez, F., & Rodríguez Alcalá, F.J. (2000). Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/depresivos. *Atención Primaria*, 26(8), 554-558.
- Morgan, B & Bruin, K. (2010). The relationship between the big five personality traits and burnout in South African university students. *Psychological Society of South Africa*, 40 (2), 182- 191.
- Moskowitz, P. S. (1998). Physician Renewal: The importance of life balance. *Career Planning and Adult Development Journal*, 14, 81-92.
- Moya-Albiol, L., Serrano, M.A., González, E., Rodríguez-Alarcón, G. & Salvador, A. (2005). Respuesta psicofisiológica de estrés en una jornada laboral. *Psicothema*, 17(2), 205-211.
- Moysén, A., Garay, J., Esteban, J.M., & Gurrula, M. (2011). Estrategias de afrontamiento en universitarios consumidores y no consumidores de alcohol. *Interpsiques*, 12 Congreso Virtual de Psiquiatría, Ferbrero- Marzo.
- Munduate, L., Ganaza, J., & Alcaide, M. (1993). Estilos de gestión del conflicto interpersonal en las organizaciones. *Revista de Psicología Social*, 8(1), 47-68.
- Muñiz, J., Peña-Suárez, E., de la Roca, Y., Fonseca-Pedrero, E., Cabal, A.L., & García-Cueto, E. (2014). Organizational climate in spanish public health services: Administration and services staff. *International journal of clinical and health Psychology*, 14, 102-110. [doi:10.1016/S1697-2600\(14\)70043-2](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70043-2)
- Muñoz-Seco, E., Coll-Benejam, J. M., Torrent-Quetglas, M., & Linares-Pou, L. (2006). Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. *Atención primaria*, 37(4), 209-214. [doi:10.1157/13085951](https://doi.org/10.1157/13085951)
- Myers, D. G., & Diener, E. (1995). Who is happy?. *Psychological science*, 6(1), 10-19. [doi: 10.1111/j.1467-9280.1995.tb00298.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1995.tb00298.x)
- Narumoto, J., Nakamura, K., Kitabayashi, Y., Shibata, K., Nakamae, T., & Fukui, K. (2008). Relationships among burnout, coping style and personality: study of Japanese professional caregivers for elderly. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 62(2), 174-176. [doi:10.1111/j.1440-1819.2008.01751.X](https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2008.01751.X)
- Navarro-González, N., Ayechu Díaz, A., & Huarte Labiano, I. (2014). Prevalencia del síndrome del burnout y factores asociado a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de atención primaria. *SEMERGEN- Medicina de Familia*, Inn Press. [doi:10.1016/j.semerg.2014.03.008](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2014.03.008)
- Naveiro Rilo, J.C., Díez Juárez, D., Flores Zurutuza, M.L., Javierre Pérez, P., Alberte Pérez, C., & Molina Mazo, R. (2014). La calidad de vida en ancianos polimedicados con multimorbilidad. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 49,(4), 158-164. [doi:10.1016/j.regg.2013.10.004](https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.10.004)

- Nolan, M., Nolan, J., & Grant, G. (1994). Maintaining nurses' job satisfaction and morale. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 4(19), 1149-1154.
- Noor, N. M. (1997). The relationship between wives' estimates of time spent doing housework, support, and wives well-being. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 7, 413-423.
- Novoa Gómez, M.M., Nieto Dodino, C., Forero Aponte, C., Caycedo, C. E., Palma Riveros, M., Montealegre, M.P., Bayona, M. & Sánchez Durán, C. (2005). Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. *Universitas Psychologica*, 4(1), 63-75.
- Oberg, E. B., & Frank, E. (2009). Physicians' health practices strongly influence patient health practices. *The journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 39(4), 290-291. doi: [10.4997/JRCPE.2009.422](https://doi.org/10.4997/JRCPE.2009.422)
- Oblitas, L.A. (2006). *Psicología de la salud y enfermedades crónicas*. Bogotá: Psicom editores.
- Oblitas, L.A. (2010). *Psicología de la salud y validez de vida*. México: Cengage Learning Editores.
- Oishi, S., Diener, Ed., Suh, E. & Lucas, R. (1999). Values as a moderator in subjective well-being. *Journal of personality*, 67(1), 158-184.
- Olivar Castrillón, C., González Morán, S., & Martínez Suárez, M. M. (1999). Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Atención primaria*, 24(6), 352-359.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Disponible: [http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46\\_p2.pdf](http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf)
- OMS (1994). The ICD10. Classification and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research. OMS1993. Edición en español por JJ. López Ibor. Madrid.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2005). *Políticas, planes y programas en salud mental. Conjunto de Guía sobre Servicios y Políticas de Salud Mental*. Editores Médicos, S.A.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2007). Strategy for integrating gender analysis and actions into the work of WHO, mayo 2007. Disponible en: [http://www.euro.who.int/document/gem/final\\_strat\\_sep07.pdf](http://www.euro.who.int/document/gem/final_strat_sep07.pdf)
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2009). *Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risk factors*. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2011). Salud mental. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html)



- Organización Mundial de la Salud (2013). Joint meeting of experts on targets and indicators for health and well-being in Health 2020. Recuperado de <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/joint-meeting-of-experts-on-targets-and-indicators-for-health-and-well-being-in-health-2020>.
- Ornelas Mejorada, R., L., Tufiño Tufiño, M., A., Vite Sierra, A., Tena Guerrero, A., Riveros Rosas, A., & Sánchez Sosa, J.J. (2013). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: análisis de la escala COPE Breve. *Psicología y Salud*, 23(1), 55-62.
- Ortega Herrera, M.E., Ortiz Viveros, G.R., & Coronel Bricio, P.G. (2007). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología y Salud*, 17(1), 5-16.
- Ortega Ruíz, C. & López Rios, F. (2004). El burnout o síndrome de “estar quemado” en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/ International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Ortiz-Gómez, T. (2007). La práctica sanitaria en la historia, ¿una cuestión femenina?.
- Ortiz-Gómez, T., Birriel-Salcedo, J., & Ortega del Olmo, R. (2004). Género, profesiones sanitarias y salud pública. *Gaceta sanitaria*, 18, 189-194.
- Padilla Montemayor, V. M., Peña Moreno, J. A. & Arriaga González, A. E. (2006). Patrones de personalidad tipo A o B, estrés laboral y correlatos psicofisiológicos. *Psicología y Salud*, 16(1), 79-85.
- País-Ribeiro, J.L. & Rodrigues, A.P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptacao do do Brief COPE. *Psicologia Saúde y Doenças*, 5(1), 3-15.
- Palacio Lapuente, F., Marquet Palomar, R., Oliver Esteve, A., Castro Guardiol, P., Bel Reverter, M., & Piñol Moreso, J. (2003). Las expectativas de los profesionales: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualicuantitativo. *Atención Primaria*, 32(3), 135-43. [doi:10.1016/S0212-6567\(03\)79234-8](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)79234-8)
- Palomar Lever, J. (1999). Relación entre la percepción del funcionamiento familiar y la calidad de vida en mujeres con doble jornada de trabajo. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(2), 203-209.
- Paniagua Urbano, D., Pérula de Torres, L. A., Ruiz del Moral, R., & Gavilán Moral, E. (2010). Grado de implementación de actividades preventivas por parte de los médicos residentes de medicina familiar y comunitaria en las consultas de atención primaria. *Atención primaria*, 42(10), 514-519. [doi:10.1016/j.aprim.2009.10.016](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.10.016)
- Páramo, M. D. L. Á., Straniero, C. M., García, C. S., Torrecilla, N. M., & Gómez, E. E. (2012). Bienestar psicológico, estilos de personalidad y objetivos de vida en estudiantes universitarios. *Pensamiento Psicológico*, 10(1), 7-21.

- Pardo, A. (1997). ¿Qué es la salud? *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 41(2), 4-9.
- Paris, L., & Omar, A. (2009). Estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar. *Psicología y Salud*, 19(2), 167-175.
- Park, C. L., & Adler, N. E. (2003). Coping style as a predictor of health and well-being across the first year of medical school. *Health Psychology*, 22(6), 627-631. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.22.6.627>
- Parra, M. (2003). Conceptos básicos en salud laboral. Santiago de Chile: Oficina Internacional del Trabajo, OIT.
- Patlán Pérez, J. (2013). Efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida del trabajo. *Estudios Gerenciales*, 29(129), 445-455.
- Patró Hernández, R. (2006). Personalidad en mujeres víctimas de malos tratos/Patró Hernández, Rosa; directores, Francisco Javier Corbalán Berná, Encarnación Fernández Ros.
- Patró Hernández, R., Corbalán Berná, F. J., & Limiñana Gras, R. (2007). Depresión en mujeres maltratadas: relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia.
- Patró-Hernández, R., Fernández-Ros, E. & Corbalán-Berná, J. F. (2000). Inventario de Estilos de Personalidad de Millon en mujeres víctimas de malos tratos. En M. P. Sánchez-López & M. M. Casullo, *Estilos de personalidad: una perspectiva iberoamericana*. Madrid: Milo y Dávila.
- Pavlova, M. K., & Silbereisen, R. K. (2013). Dispositional Optimism Fosters Opportunity-Congruent Coping With Occupational Uncertainty. *Journal of personality*, 81(1), 76-86. doi:[10.1111/j.1467-6494.2012.00782.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2012.00782.x)
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C.R., y Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being. *Social Indicators Research*, 28, 1-20. Doi: [10.1207/s15327752jpa5701\\_17](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5701_17)
- Pavot, W., & Diener, E., (1993). The affective and cognitive content of self reports measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 28, 1-20.
- Payne, N. (2001). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *Journal of advanced nursing*, 33(3), 396-405. doi: [10.1046/j.1365-2648.2001.01677.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01677.x)
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Peiró, J.M. (2005). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid. Pirámide.

- Peláez Fernández, M.A., (2013). Burnout y variables asociadas en médicos de atención primaria. *Atención Primaria*.45(2), 123-124.
- Pelechano, V. (1992). Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18(58), 167-201.
- Pelechano, V., Capafóns, J.I., & Sosa, C.D. (1991). Psicología de la salud, dimensiones de personalidad y motivación en enfermos crónicos (II): personalidad y estrategias de afrontamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 53-54, 633-655.
- Pelliciotti, J. D. S. S., & Kimura, M. (2010). Errores de medicación y calidad de vida relacionada a la salud de profesionales de enfermería en Unidades de Terapia Intensiva. *Revista Latino-Americana. Enfermagem*, 18(6)
- Penley, J.A., Tomaka, J., & Wiebe, J.S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(6), 551-603.
- Peñalver, F., Ríos, M.I., Maestro, A., Almada, M.B., Martínez, M.A., Marín, T., Navarro, A., Alcolea, M.L., Pérez, I., Pérez, C. & Piñera, M.C. (2007). Satisfacción laboral de las enfermeras de una unidad de Cuidados Intensivos Polivalente. Trabajo presentado al XXXIII Congreso Nacional de la SEEIUC, Madrid.
- Pera, G., & Serra-Prat, M. (2002). Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria*, 16(6), 480-486.
- Perczek, R., Carver, C. S., Price, A. A., & Pozo-Kaderman, C. (2000). Coping, mood, and aspects of personality in Spanish translation and evidence of convergence with English versions. *Journal of personality Assessment*, 74(1), 63-87. [doi:10.1207/S15327752JPA740105](https://doi.org/10.1207/S15327752JPA740105)
- Perea Baena, J. M., & Sánchez Gil, L. M. (2008). Estrategias de afrontamiento en enfermeras de salud mental y satisfacción laboral. *Index de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, 17(3), 164-168.
- Pérez, M.T., & Díaz, C. (2007). Satisfacción laboral en enfermeros/as de Atención Primaria del Servicio Gallego de Salud. *Metas de enfermería*, 10, 6-10.
- Pérez Andrés, C., Alameda Cuesta, A., & Albéniz Lizarraga, C. (2002). La formación práctica en enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales: Un estudio cualitativo con grupos de discusión. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 517-530.
- Pérez-García, A. M. (1999). Personalidad, afrontamiento y apoyo social. Madrid: UNED-Klinik.

- Pérez Rivas, F. J., Ochandorena Juanena, M., García, J. M. S., López, M. G., Ramos, V. S., Lagos, M. B., & de Pareja Palmero, M. J. G. (2006). Aplicación de la metodología enfermera en atención primaria. *Revista de Calidad Asistencial*, 21(5), 247-254. [doi:10.1016/S1134-282X\(06\)70790-4](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(06)70790-4)
- Perneger, T. V., Leplège, A., Etter, J. F., & Rougemont, A. (1995). Validation of a French-language version of the MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) in young healthy adults. *Journal of clinical epidemiology*, 48(8), 1051-1060. [doi:10.1016/0895-4356\(94\)00227-H](https://doi.org/10.1016/0895-4356(94)00227-H)
- Pérula de Torres, L. A., Alonso Arias, S., Bauzá Nicolai, K., Estévez, J. C., Iglesias Rodal, M., Martín Carrillo, P., Martín-Rabadán, M., & Morán Pí, J. (2007). Opiniones de los profesionales sanitarios sobre la influencia del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) en atención primaria. *Atención Primaria*, 39(3), 5-14.
- Pervin, L. A. (1994). A critical analysis of current trait theory. *Psychological Inquiry*, 5(2), 103-113.
- Pervin, L. A. (1989). Persons, situations, interactions: The history of a controversy and a discussion of theoretical models. *Academy of Management Review*, 14(3), 350-360.
- Pfeiffer E. (1977). Psychopathology and social pathology. En J.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.). *Handbook of the psychology of aging* (p.p.650-655). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Piemontesi, S. E., & Heredia, D. E. (2009). Afrontamiento ante exámenes: Desarrollos de los principales modelos teóricos para su definición y medición. *Anales de Psicología*, 25(1), 102-111.
- Piko, B. (2001). Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *The Psychological Record*, 51, 223-225.
- Ponsà, J. A., Cutillas, S., Elías, À., Fusté, J., Lacasa, C., Olivet, M., Viola, C., Bañeres, J., Ferrer, J., Orrego, C., & Suñol, R. (2003). Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de la provisió de serveis. *Annals de medicina*, 86(4), 169-174.
- Popp, M.C. (2008). Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI). *Interdisciplinaria. Revista de psicología y ciencias afines*, 25(1), 5-27.
- Porras Povedano, M., Santacruz-Hamer, V., & Oliva Reina, I. (2014). Percepción de riesgos laborales en profesionales de Enfermería de un centro sanitario. *Enfermería Clínica*, 24(3), 191-195. [doi:10.1016/j.enfcli.2013.11.002](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.11.002)

- Prieto Albino, L., Robles Agüero, E., Salazar Martínez, L. & Daniel Vega, E. (2002). Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Atención Primaria*, 29(5), 294-302. [doi:10.1016/S0212-6567\(02\)70567-2](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)70567-2)
- Purvanova, R. K., & Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77(2), 168-185. [doi:10.1016/j.jvb.2010.04.006](https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.04.006)
- Quittner, A. L., Oipari, L. C., Regoli, M. J., Jacobsen, J., & Eigen, H. (1992). The impact of caregiving and role strain on family life: Comparisons between mothers of children with cystic fibrosis and matched controls. *Rehabilitation Psychology*, 37(4), 275-290.
- Raggio, B., & Malacarne, P. (2007). Burnout in intensive care unit. *Minerva anestesiológica*, 73(4), 195-200.
- Ramos, R. (1990). *Cronos dividido: Usos del tiempo y desigualdad entre hombres y mujeres en España*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Ramos, F., & Buendía, J. (2001). El síndrome de burnout: concepto, evaluación y tratamiento. En J. Buendía y F. Ramos, *Empleo, estrés y salud* (pp. 33-57). Madrid: Ed. Pirámide.
- Ramos-Morcillo, A.J., Ruzafa-Martínez, M., Fernández-Salazar, S., Del Pino Casado, R., & Armero-Barranco, D. (2014). Actitudes de médicos y enfermeras ante las actividades preventivas y de promoción en atención primaria. *Atención Primaria*. Article in press. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.02.002>
- Rangel, J. V. & Alonso, L. (2010). El estudio del bienestar psicológico subjetivo: Una breve revisión teórica. *Educere*, 49, 265-275. Recuperado de: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32748/1/articulo2.pdf>
- Rathi, N. (2009). Relationship of Quality of Work Life with Employees' Psychological Well-Being. *International journal of business insights & transformation*, 3(1), 52-60.
- Rebollo, P. (2014). Utilización del “grupo SF” de los cuestionarios de calidad de vida (SF-36, SF-12 y SF-6D) en el marco de ensayos clínicos y en la práctica clínica habitual. *Medicina Clínica*, 130 (19), 740-741.
- Rice, V.H., & Stead, L. F. (2008). Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. Disponible en: <http://www.ncsct.co.uk/usr/pub/nursing-interventions.pdf>
- Rieker, P. P., & Bird, C. E. (2000). Sociological explanations of gender differences in mental and physical health.

- Ríos Erazo, M., Moncada Arroyo, L., Llanos Román, G., Santana González, R., & Salinas Gálvez, H. (2009). Perfil psicológico de los estudiantes de 1er año de enfermería: estudio preliminar. *Ciencia y enfermería*, 15(1), 99-108. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000100011>
- Ríos-Rísquez, M. I., Carrillo-García, C., & Sabuco-Tebar, E. D. L. Á. (2012). Resiliencia y Síndrome de Burnout en estudiantes de enfermería y su relación con variables sociodemográficas y de relación interpersonal. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 88-95.
- Ríos-Rísquez, M.I., & Godoy-Fernández, C. (2008). Relación entre satisfacción laboral y salud general percibida en profesionales de enfermería de urgencias. *Enfermería Clínica*. 18(3), 134-41. [doi:10.1016/S1130-8621\(08\)70715-0](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(08)70715-0)
- Ríos Rísquez, M., Godoy Fernández, C., Peñalver Hernández, F., Alonso Tovar, A. R., López Alcaraz, F., López Romera, A., & Liébanas Bellón, R. (2008). Estudio comparativo del burnout en personal de enfermería de Cuidados Intensivos y Urgencias. *Enfermería intensiva*, 19(1), 2-13.
- Ríos Rísquez, M. I., Godoy Fernández, C. & Sánchez-Meca, J. (2011). Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *Anales de Psicología*, 27, 71-79.
- Ríos-Rísquez, M., Peñalver-Hernández, F., & Godoy-Fernández, C. (2008). Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Enfermería intensiva*, 19(4), 169-178. [doi:10.1016/S1130-2399\(08\)75832-2](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(08)75832-2)
- Ríos Rísquez, M. I., Sánchez-Meca, J., & Godoy Fernández, C. (2010). Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de Enfermería de cuidados intensivos y urgencias. *Psicothema*, 22(4), 600-605.
- Rivas-Diez, R. (2011). Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS) en mujeres chilenas. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 31(1), 177-191.
- Rivas-Diez, R. (2015). Personalidad, género y salud física-psicológica: estudio comparativo entre mujeres chilenas y españolas víctimas de violencia de género [Tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- RNAO, Registered Nurses' Association of Ontario. (2008). Entornos de Trabajo Saludables. Salud Laboral, seguridad y bienestar de la enfermera. Guías de Buenas Prácticas Program 158 Pearl Street, Toronto, Ontario, M5H 1L3 Página web: [www.rnao.org](http://www.rnao.org)
- Robine, J. M., Jagger, C., & Egidi, V. (2000). Selection of a coherent set of health indicators: a first step towards a user's guide to health expectancies for the European Union. *Montpellier, France: Euro-REVES*.



- Robledo Cárdenas FJ. La enfermería de enlace comienza a cumplir años. *Evidentia* 2006 nov-dic; 3(12). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n12/274articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. Consultado el 1 de Marzo de 2015
- Robles-García, M., Dierssen-Sotos, T., Martínez-Ochoa, E., Herrera-Carral, P., Díaz-Mendi, A. R., & Llorca-Díaz, J. (2005). Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 127-134.
- Rocha Barros, A.R., Harter Griep, R., & Rotenberg, L (2009). Automedicación entre los trabajadores de enfermería de hospitales públicos. *Revista Latinoamericana Enfermagem*;17(6). [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae).
- Roth, E., & Pinto, B. (2011). Síndrome de burnout, personalidad y satisfacción laboral en enfermeras de la Ciudad de La Paz. *Revista Ajayu*, 8(2).
- Rodríguez-Fernández, E., Espí-Martínez, F., Canteras-Jordanas, M., & Gómez-Moraga, A. (2001). Consumo de alcohol entre profesionales médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 28(4), 259-262. [doi:10.1016/S0212-6567\(01\)78944-5](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78944-5)
- Rodríguez González., R., Roque Doval., Y. & Molerio Pérez., O. (2002). Estrés laboral, consideraciones sobre sus características y formas de afrontamiento. *Revista Internacional de Psicología*, 3(01).
- Roger, M. C., & Abalo, J. A. G. (2014). Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. *Psicología y salud*, 14(1), 67-78.
- Rohlfs, I., Arrizabalaga, P., Artazcoz, L., Borrel, C., Fuentes, M., & Valls-Llobet, C. (2007). Salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos y médicas de Cataluña. Barcelona: Fundación Galatea.
- Rohlfs, I., Borrell, C., Anitua, C., Artazcoz, L., Colomer, C., Escribá, V., García Calvente, M., Llacer, A., Mazarrasa, L., Pasarín, M.I., Peiró, R., & Valls-Llobet, C. (2000). La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gaceta Sanitaria*, 14(2), 146-155.
- Rohlfs, I., Borrell, C., & Fonseca, M. do C. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 14(3), 60-71.
- Román Hernández, J. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(2), 103-110.
- Romo Avilés, N., & Gil García, G. (2006). Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar. *Trastornos Adictivos*, 8 (4), 243-250. [doi:10.1016/S1575-0973\(06\)75130-3](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(06)75130-3)

- Roth, E., & Pinto, B. (2011). Síndrome de burnout, personalidad y satisfacción laboral en enfermeras de la Ciudad de La Paz. *Revista Ajayu*, 8(2), 1-38.
- Rothemich, S. F., Woolf, S. H., Johnson, R. E., Burgett, A. E., Flores, S. K., Marsland, D. W., & Ahluwalia, J. S. (2008). Effect on cessation counseling of documenting smoking status as a routine vital sign: an ACORN study. *The Annals of Family Medicine*, 6(1), 60-68. doi: 10.1370/afm.750
- Rovira, T., Fernández-Castro, J. & Edo, S. (2005). Antecedents and consequences of coping in the anticipatory stage of an exam: a longitudinal study emphasizing the role of affect. *Anxiety, Stress and Coping*, 18(3), 209-225. doi:10.1080/10615800500134654
- Rueda, B. (2011). El proceso adaptativo. En J. Bermúdez, A. M. Pérez-García, J. A. Ruiz, P. Sanjuán y B. Rueda (Eds.), *Psicología de la personalidad* (pp. 443-492). Madrid: UNED
- Rueda, J.R., Manzano, I., Darío, R., Pérez de Arriba, J., Zuazagoitia, J., & Zulueta, G. (2008). *La Promoción de la salud. Algunas teorías y herramientas para la planificación y evaluación de intervenciones sobre los estilos de vida*. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco. Informe no: Osteba D-08- 08.
- Ruggiero, J. S. (2005). Health, work variables, and job satisfaction among nurses. *Journal of Nursing Administration*, 35, 254-263.
- Ruiz de Velasco, H., Quintana, J.M., Padierna, J.A., Aróstegui, I., Bernal, A., Pérez Izquierdo, J., Ojanguren, J.M., Anitua, C., González, N., & Etxeberria, Y. (2002). Validez del cuestionario de calidad de vida Sf-36 como indicador de resultados de procedimiento médico y quirúrgico. *Revista de Calidad Asistencia*, 17(4), 206-212. doi:10.1016/S1134-282X(02)77506-4
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D. (1991). Possible selves in adulthood and old age: a tale of shifting horizons. *Psychology and aging*, 6(2), 286-295. <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.6.2.286>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719-727. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Saavedra San Román, A. I. (2013). Relación entre género y salud en los profesionales de enfermería. [Tesis doctoral]. Universidad complutense. Madrid.
- Saarento, O., Räsänen, S., Nieminen, P., Hakko, H., & Isohanni, M. (2000). Sex differences in the contact rates and utilization of psychiatric services. A three-



- year follow-up study in Northern Finland. *European Psychiatry*, 15(3), 205-212.  
[doi:10.1016/S0924-9338\(00\)00224-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(00)00224-8)
- Salgado, J.F. (1997). The five factor model of personality and job performance in the European Community. *Journal of Applied Psychology*, 82(1), 30-43.  
<http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.82.1.30>
- Salmela-Aro, K. (2010). Personal goals and well-being: How do young people navigate their lives? *New Directions for Child and Adolescent Development*, 130, 13-26.  
[doi: 10.1002/cd.278](https://doi.org/10.1002/cd.278).
- Salmela-Aro, K., & Wiese, B. S. (2006). Communicating personal goals: Consequences for person perception in the work and family domains. *Swiss Journal of Psychology/Schweizerische Zeitschrift für Psychologie/Revue Suisse de Psychologie*, 65(3), 181-191. doi: <http://dx.doi.org/10.1024/1421-0185.65.3.181>
- Salvador Llivina, T. (1990). Tabaquismo y responsabilidad profesional en el ámbito de la Salud Pública. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 64(11-12), 585-588.
- Sánchez-Cánovas, J., & Sánchez López, M. P. (1994). Personalidad, Estrés y Salud. *Psicología Diferencial: Diversidad e Individualidad Humanas*, 483-525.
- Sánchez González, R., Álvarez Nido, R., & Lorenzo Borda, S. (2003). Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid. *Medifam*, 13(4), 55-60.
- Sánchez-Herrero Arbide, S., Sánchez-López, M.P., & Aparicio García, M.E. (2011). Salud, ansiedad y autoestima en mujeres de mediana edad cuidadoras y no cuidadoras. *Ansiedad y Estrés*, 17(1), 27-37.
- Sánchez-Herrero Arbide, S., Sánchez-López, M., & Dresch, V. (2009). Hombres y trabajo doméstico: variables demográficas, salud y satisfacción. *Anales de psicología*, 25(2), 299-307.
- Sánchez-López, M. P. (2001). Introducción. In T. Millon (2001), *Inventario de Estilos de Personalidad de Millon, Manual*. Adaptación de M.P. Sánchez-López, J.F. Díaz- Morales & M.E. Aparicio-García. Madrid: TEA Ediciones.
- Sánchez-López, M.P., & Aparicio-García, M.E. (1998). Inventario Millon de estilos de Personalidad: su fiabilidad y validez en España y Argentina. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 4(2), 87-110.
- Sánchez-López, M. P. Aparicio-García, M.E., & Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud: Diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18(3), 584-590.
- Sánchez-López, M. P., & Cardenal, V. (2001). Diferencias en variables de personalidad en tres grupos de mujeres: 1. Mujeres que trabajan fuera del hogar, 2. Mujeres amas de casa y 3. Mujeres en paro. Influencia del nivel cultural. In *Comunicación Apresentada en XXVIII Congreso Interamericano de Psicología*,

Santiago de Chile.

- Sánchez-López, M.P., Cardenal-Hernández, V., & Sánchez-Herrero, S. (2001). Memoria de la Investigación “Mujer, trabajo y salud: influencia de los estilos de personalidad, el trabajo, la edad y el sexo en el grado de satisfacción personal y estrés en tres grupos de mujeres (1.-mujeres que trabajan fuera del hogar, 2.- mujeres amas de casa y 3.- mujeres en paro), Ref. 51/99”. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Sánchez-López, M. P., & Casullo, M. M. (2000). Estilos de personalidad: una perspectiva iberoamericana. *Madrid: Miño y Dávila*.
- Sánchez-López, M.P., Cuéllar-Flores, I., & Dresch, V. (2012). The impact of gender roles on health. *Women & Health*, 52(2), 182-196. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/03630242.2011.652352>
- Sánchez-López, M. P., Cuéllar-Flores, I., Limiñana, R., & Corbalán, J. (2012). Differential Personality Styles in Men and Women The Modulating Effect of Gender Conformity. *SAGE Open*, 2(2). doi: <http://dx.doi.org/10.1177/2158244012451752>
- Sánchez-López, M. P., Cuéllar-Flores, I., Sánchez-Herrero, S., & Aparicio, M. (2009). Personality styles and health in female home caregivers. Preliminary data. *School and health*, 289-295.
- Sánchez-López, M. P., Díaz Morales, J.F. & Aparicio, M. (1998). Estilos de personalidad, estilos de vida y satisfacción vital. Comunicación presentada a la VI Conferencia Internacional: Evaluación Psicológica. Formas y Contextos, 13 y 14 de Noviembre de 1998, Salamanca (España).
- Sánchez-López, M.P., Díaz Morales, J.F. & Aparicio, M. (2001). *MIPS, Inventario Millon de Estilos de Personalidad*. Madrid: TEA Ediciones.
- Sánchez López, M. P., & Díaz Morales, J. F. (2001). Tipología circadiana y estilos de personalidad en mujeres universitarias argentinas.
- Sánchez-López, M.P., Dresch, V., & Cardenal, V. (2005). Relaciones entre salud física y psicológica en las mujeres de mediana edad. *Psicología*, XIX (1-2), 107-136.
- Sánchez-López, M.P., López-García, J.J., Dresch, V., & Corbalán, J. (2008). Sociodemographic, Psychological and Health-Related Factors Associated with Poor Mental Health in Spanish Women and Men in Midlife. *Women & Health*, 48(4), 445- 465. doi: [0.1080/03630240802575096](http://dx.doi.org/10.1080/03630240802575096)
- Sanchez-López, M.P., Thorne, C., Martínez, P., Niño de Guzmán, I., & Argumedo, D. (2002). Adaptación del Inventario de Estilos de Personalidad de Millon en una población universitaria peruana. *Revista de Psicología*, 20(1), 27-53.
- Sánchez-Martín, C. I. (2014). Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico*. *Enfermería Clínica*, 24(1),

- 79-89. [doi:10.1016/j.enfcli.2013.12.007](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.007)
- Sánchez-Uriz, M.A., Gamo, M.F., Godoy, F.J., Igual, J., & Romero, A. (2006). ¿Conocemos el bienestar psicológico de nuestro personal sanitario?. *Revista de Calidad Asistencial*, 21(4), 194-198. [doi:10.1016/S1134-282X\(06\)70780-1](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(06)70780-1)
- Sandi, C. (2000). Estrés: aspectos psicobiológicos y significado funcional. En C Sandi y JM Calés (Eds.). *Estrés: Consecuencias Psicológicas, Fisiológicas y Clínicas*. Madrid: Sanz y Torres; 13-45.
- Sandín, B. (1999). *El estrés psicosocial*. Madrid: UNED-Klinik.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 141-157.
- Sandín, B., & Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. *Manual de psicopatología*, 2, 53-80.
- Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39-54.
- San Martín, H., & Pastor, V. (1988) *Salud comunitaria. Teoría y práctica*. Madrid: Díaz de Santos.
- Santana Cabrera, L., Hernández Medina, E., Eugenio Robaina, P., Sánchez Palacios, M., Pérez Sánchez, R., & Falcón Moreno, R. (2009). Síndrome de burnout entre el personal de enfermería y auxiliar de una unidad de cuidados intensivos y el de las plantas de hospitalización. *Enfermería Clínica*. 19(1), 31-34. [doi:10.1016/j.enfcli.2008.06.001](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2008.06.001)
- Santos-Ruiz, A., Garcia-Rios, M. C., Fernandez-Sanchez, J. C., Perez-Garcia, M., Muñoz-García, M. A., & Peralta-Ramirez, M. I. (2012). Can decision-making skills affect responses to psychological stress in healthy women?. *Psychoneuroendocrinology*, 37(12), 1912-1921. [doi:10.1016/j.psyneuen.2012.04.002](https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.04.002)
- Sapolsky, R.M. (2008). ¿Por qué las cebras no tienen úlcera? La guía del estrés. Madrid: Alianza Editorial.
- SATSE. (2012). *Percepción de estrés en los profesionales de Enfermería en España*. Estudio SATSE. Madrid.
- Sayer, L. C., Bianchi, S. M., & Robinson, J. P. (2004). Are Parents Investing Less in Children? Trends in Mothers' and Fathers' Time with Children1. *American journal of sociology*, 110(1), 1-43.
- Schiaffino, A., García, M., Fernández, E., & Grupo Género y Salud Pública de SESPAS. (2001). Autoría y presentación de resultados según el género en cuatro

- revistas biomédicas españolas. *Gaceta Sanitaria*, 15(3), 251-254. [doi:10.1016/S0213-9111\(01\)71555-5](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(01)71555-5)
- Scheier, M. E., & Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of personality*, 55(2), 169-210. [doi:10.1111/j.1467-6494.1987.tb00434.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1987.tb00434.x)
- Schneider, B., Hanges, P.J., Smith, D.B. & Salvaggio, A.N. (2003). Which Comes First: Employee Attitudes or Organizational Financial and Market Performance? *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 836–851. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.88.5.836>
- Schneider, B., Smith, B., Taylor, S. & Fleenor, J (1998). Personality and organizations: A test of the homogeneity of personality hypothesis. *Journal of Applied Psychology*, 83 (3), 462-470. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.83.3.462>
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 09-21.
- Secades Villa, R., Rodríguez García, E., Valderrey Barbero, J., Fernández Hermida, J.R., Vallejo Seco, G., & Jiménez García, J.M. (2003). EL consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a Atención Primaria en el Principado de Asturias (España). *Psicothema*, 15(4), 650-655.
- Segerstrom, S., Taylor, S., Kemeny, M. & Fahey, J. (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1646-1655. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.74.6.1646>
- Segurado, T.A. & Agulló, T. (2002). Calidad de vida laboral: hacia un enfoque integrador desde la Psicología Social. *Psicothema*, 14, 828-836.
- Selye, H. (1956). The stress of life. Nueva York: McGrawHill.
- Selye, H. (1976). The stress concept. *Canadian Medical Association Journal*, 115(8), 718.
- Sermeus, W. (2012). Efectos de la crisis económica y de la crisis de trabajadores sanitarios en la sostenibilidad del sistema sanitario: ¿qué es lo siguiente?. *Enfermería Clínica*, 22(4), 179-181.
- Sermeus, W., Aiken, L. H., Van den Heede, K., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., ... & Zikos, D. (2011). Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *Bio Med Central nursing*, 10(1), 6. [doi:10.1186/1472-6955-10-6](https://doi.org/10.1186/1472-6955-10-6)
- Serrano Gisbert, M. F., Garcés de Los Fayos, E. J., & Hidalgo Montesinos, M. D. (2008). Burnout en fisioterapeutas españoles. *Psicothema*, 20(3), 361-368.

- Servicio Andaluz de Salud, S. A. (2008). Mujeres y hombres en los indicadores sanitarios. *SAS información*, 38, 5-8.
- Secades Villa, R., Rodríguez García, E., Valderrey Barbero, J., Fernández Hermida, J. R., Vallejo Seco, G., & Jiménez García, J. M. (2003). El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a Atención Primaria en el Principado de Asturias (España). *Psicothema*, 2003, 15 (4), 650-655.
- Shao, L., & Diener, E. (1992). *Multilanguage comparability of life satisfaction and happiness measures in mainland Chinese and American Students*. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad de Illinois.
- Shevlin, M., Brunsten, V. & Miles, J.N.V. (1998). Satisfaction with life scale: analysis of factorial invariance, mean structures and reliability. *Personality and Individual Differences*, 25, 911-916. doi:10.1016/S0191-8869(98)00088-9
- Shimizutani, M., Odagiri, Y., Ohya, Y., Shimomitsu, T., Kristensen, T. S., Maruta, T., & Ilmor, M. (2008). Relationship of nurse burnout with personality characteristics and coping behaviors. *Industrial Health*, 46(4), 326-335.
- Show, J.L. (2002). Enhancing work climate to improve performances and retain employees. *Journal Nurs Adm.* 32,393-397.
- Simó Miñana, J. (2012). Utilización de medicamentos en España y Europa. *Atención Primaria*, 44(6), 335-347. doi:10.1016/j.aprim.2011.06.009.
- Sistema Nacional de Salud de España SNS. (2010). Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. [monografía en Internet]. Madrid. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/librosSNS.htm>.
- Skinner, E.A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003): Searching for the Structure of Coping: A review and critique category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129 (2), 216-269. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>
- Smead, V.S. (1991). *Measuring well-being is not easy*. Comunicación presentada a la Convención Anual de la American Association of Applied and Preventive Psychology.
- Snell, D.L., Siegert, R.J., Hay-Smith, E.J. y Surgenor, I.J. (2011). Factor structure of the Brief COPE in people with mild traumatic brain injury. *Journal Head Trauma Rehabilitation*, 26(6), 468-477. doi: 10.1097/HTR.0b013e3181fc5e1e
- Snyder, C.R. (Ed.) (1999): *Coping. The psychology of what works*. Nueva York: Oxford University Press
- Sobrequés, J., Cebriá, J., Segura, J., Rodríguez, C., García, M., & Juncosa, S. (2003). La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Atención primaria*, 31(4), 227-233. doi:10.1016/S0212-6567(03)79164-1

- Solsona, M., Treviño, R., & Merino, M. F. L. (2006). Demografia de les professions sanitàries a Catalunya: Anàlisi dels estocs actuals de professionals sanitaris. *Centro de Estudios Demográficos*.
- Soto Cámara, R., & Santamaría Cuesta, M.,I. (2005). Prevalencia del burnout en la enfermería de atención primaria. *Enfermería Clínica*, 15(3), 123-130. [doi:10.1016/S1130-8621\(05\)71098-6](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(05)71098-6)
- Spence Laschinger, H.K., & Finegan, J. (2008). Situational and dispositional predictors of nurse manager burnout: a time-lagged analysis. *Journal of Nursing Management*, 16(5), 601-607.
- Srivastava, S., John, O. P., Gosling, S. D., & Potter, J. (2003). Development of personality in early and middle adulthood: set like plaster or persistent change?. *Journal of personality and social psychology*, 84(5), 1041-1053. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.84.5.1041>
- Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., Cameron, C.L., Bishop, M., Collins, C.A., Kirk, S.B., Sworowski, L.A. & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 875-882. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.875>
- Steel, P., Schmidt, J & Shultz, J (2008). Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 134, 138-161.
- Stone, G. C., Cohen, F., & Adler, N.E. (1979). *Health Psychology*. San Francisco: Josey-Bass.
- Strack, F. E., Argyle, M. E., & Schwarz, N. E. (1991). *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective*. International Series in Experimental Social Psychology, nº 21. Pergamon press.
- Suess, A., Pérez, I. R., Azarola, A. R., & Cerdà, J. C. M. (2014). El derecho de acceso sanitario en el contexto del Real Decreto-ley 16/2012: la perspectiva de organizaciones de la sociedad civil y asociaciones profesionales. *Gaceta Sanitaria*. 28(6), 461-469. [doi:10.1016/j.gaceta.2014.06.008](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.06.008)
- Sullivan, M., Karlsson, J., & Ware, J. E. (1995). The Swedish SF-36 Health Survey-I. Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden. *Social science & medicine*, 41(10), 1349-1358. [doi:10.1016/0277-9536\(95\)00125-Q](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00125-Q)
- Suñer Soler, R., Grau Martín, A., Font Mayolas, S., Gras, M. E., Bertran, C., & Sullman, M. J. M. (2013). Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 20(4), 305-313. [doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01897.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01897.x)
- Tello, S., Tolmos, M.T., Váñez, R., & Vázquez, M.E. (2002). Estudio del síndrome de burnout en los médicos internos residentes del Hospital clínico de San Carlos.



- Recuperado de [http://www.ucm.es/info/dosis/Preventiva/jor\\_8/s1/s8\\_04.htm](http://www.ucm.es/info/dosis/Preventiva/jor_8/s1/s8_04.htm).
- Tizón Bouza, E., & Vázquez Torrado, R. (2006). Automedicación en el personal de Enfermería. *Enfermería Clínica*, 16(4), 210-213. [doi:10.1016/S1130-8621\(06\)71215-3](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(06)71215-3)
- Tomás Sábado, J., Maynegre Santaulària, M., Pérez Bartolomé, M., Alsina Rodríguez, M., Quinta Barbero, R., & Granell Navas, S. (2010). Síndrome de burnout y riesgo suicida en enfermeras de atención primaria. *Enfermería Clínica*, 20(3), 173-178. [doi:10.1016/j.enfcli.2010.03.004](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2010.03.004)
- Tomás, C., & Yago, T. Taller. (2006). Las usuarias de los servicios de salud. En: Tomás, C., Tejero, C., Miqueo, C., Yago, T., Barral, M. J., Fernández, T. (eds.). *Diálogos interrumpidos. Investigación en salud y práctica asistencial: integración de una perspectiva de género*. Zaragoza: SIEM.
- Tonguino Rosero, S., Wilches-Luna, E.C., Escobar Durán, N., & Castillo Bergara, J.J. (2014). Impacto de 6 semanas de rehabilitación cardíaca en la capacidad funcional y en la calidad de vida de pacientes con enfermedades cardiovasculares. *Rehabilitación* 48(4), 204-209. [doi:10.1016/j.rh.2014.05.002](https://doi.org/10.1016/j.rh.2014.05.002)
- Tountas, Y., Demakakos, P. T., Yfantopoulos, Y., Aga, J., Houliara, L., & Pavi, E. (2003). The health related quality of life of the employees in the Greek hospitals: assessing how healthy are the health workers. *Health and quality of life outcomes*, 1(1), 61. [doi:10.1186/1477-7525-1-61](https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-61)
- Tummers, G. E., van Merode, G. G., & Landeweerd, J. A. (2002). The diversity of work: differences, similarities and relationships concerning characteristics of the organisation, the work and psychological work reactions in intensive care and non-intensive care nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 39(8), 841-855. [doi:10.1016/S0020-7489\(02\)00020-2](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00020-2)
- Tracey, C., & Nicholl, H. (2007). The multifaceted influence of gender in career progress in nursing. *Journal of Nursing Management*, 15(7), 677-682. [doi:10.1111/j.1365-2934.2006.00677](https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00677)
- Trucco, M. (2004). El Estrés y la Salud Mental en el Trabajo; Documento de Trabajo de la *Asociación Chilena de Seguridad*, 6(14), 185-188.
- Tuesca Molina, R. (2012). La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Revista Científica Salud Uninorte*, 21.
- Urquijo, S., Monchietti, A., & Krzemien, D. (2008). Adaptación a la crisis vital del envejecimiento: rol de los estilos de personalidad y de la apreciación cognitiva en adultas mayores. *anales de psicología*, 24(2), 299-311.
- Vaillant, S. K., & Choquette, K. (1977). Incentive shifts in children as they relate to the Crespi effect. *Journal of Educational Research*, 71, 18-20.

- Valverde Bolívar, F. J., Pérez Milena, A., & Moreno Corredor, A. (2013). Consumo de drogas entre los Especialistas Internos Residentes de Jaén (España) y su relación con el consejo clínico. *Adicciones: Revista de socioalcohol*, 25(3), 243-252.
- Valls-Llobet, C. (2006). *Mujeres invisibles para la medicina*. Barcelona: Debolsillo.
- Varela-Centelles, P. I., Ferreiro Abelairas, A., Fontao Valcárcel, L. F., & Martínez González, A. M. (2004). Satisfacción laboral de los odontólogos y estomatólogos del servicio gallego de salud. *Revista española de salud pública*, 78(3), 309-402. <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272004000300009>
- Vargas, C., Cañadas, G.A., Aguayo, Fernández, R., & de la Fuente, R. (2014). Which occupational risk factors are associated with burnout in nursing? A meta-analytic study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(1), 28-38.
- Veenhoven, R. (1991). Is happiness relative?. *Social indicators research*, 24(1), 1-34.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida, *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.
- Velasco, S. (2008). *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud*. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer (OSM).
- Velasco-Besio, C., Caquero-Urizar, A., & Villegas-Abarzúa, F. (2010). Estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de Psicología*, 22(1), 23-34.
- Via Claver, G., Sanjuán Naváis, M., Martínez Mesas, M., Pena Alfaro, M., Utrilla Antolín, C., & Zarragoikoetxea Jauregui, I. (2010). Identidad de género y cuidados intensivos: influencia de la masculinidad y la feminidad en la percepción de los cuidados enfermeros. *Enfermería Intensiva*, 21(3), 104-112. [doi:10.1016/j.enfi.2009.11.004](https://doi.org/10.1016/j.enfi.2009.11.004)
- Vicente Sánchez, M.P., Macías Sait-Gerons, D., de la Fuente Honrubia, C., González Bermejo, D., Montero Corominas, D., & Catalá-López, F., ( 2013). Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2011. *Revista Española Salud Pública*, 87(3),247-255.
- Vinet, E. V. & Alarcón, P. (2003). El Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI) en la evaluación de adolescentes chilenos. *Psyke*, 1(1), 39-55.
- Vilà Falgeras, M., Cruzate Muñoz, C., Orfila Pernás, F., Creixell Sureda, J., González López, M.P., & Davins Miralles, J. (2015). Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de atención primaria. *Atención Primaria*, 47(1), 25-31. [doi: 10.1016/j.aprim.2014.01.008](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.01.008)
- Vilela-Alemán, Y.P. (2013). Burnout y personalidad en enfermeras de un hospital militar. Tesis Pontificia Universidad Católica de Perú.
- Villagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J.M., Santed, R., Valderas, J.M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A., & Alonso, J.



- (2005). El cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta sanitaria*, 19(2), 135-150.
- Villagut, G., Valderas, J.M., Ferrer, M., Garin, O., López-García, E., & Alonso, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España. Componentes físico y mental. *Medicina Clínica*, 130(19), 726-35. [doi:10.1157/13121076](https://doi.org/10.1157/13121076)
- Villanueva, R., Albadalejo, V.R., Ortega, P., Astasio, P., Calle M.E. & Domínguez, V. (2008). Epidemiología del síndrome de burnout. *Revista ROL de enfermería*, 31, 29-38.
- Villela, E. (2010). Género, poder/saber; su impacto en la profesión de enfermería. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 18(10), 403-408.
- Wang, L.; Tao, H.; Ellenbecker C. H. & Liu, X. (2012). Job satisfactio, occupational commitment and intent to stay among Chinese nurses: a cross-sectional questionnaires survey. *Journal of advanced nursing*, 68(3), 529-549. [doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05755.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05755.x)
- Wang, L., Tao, H., Ellenbecker, C. H., & Liu, X. (2012). Factores predictivos de la intención de las enfermeras hospitalarias de permanecer en la profesión: una encuesta de corte transversal con cuestionario en Shanghai, China. *International nursing review en español: revista oficial del Consejo Internacional de Enfermeras*, 59(4), 600-608.
- Ware, J. E., & Gandek, B. (1994). The SF-36 Health Survey: development and use in mental health research and the IQOLA Project. *International Journal of Mental Health*, 23,49-73.
- Ware, J. E., & Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment (IQOLA) project. *Journal of clinical epidemiology*, 51(11), 903-912.
- Ware, J. E & Gandek, B. (1998). Methods for Evaluating Data Quality, Scaling Assumptions, and Reliability. *J Clin Epidemiol*, 51(11), 945-952.
- Ware, J. E., Kosinski, M., Gandek, B., Aaronson, N. K., Apolone, G., Bech, P., ... & Sullivan, M. (1998). The factor structure of the SF-36 Health Survey in 10 countries: Results from the IQOLA Project. *Journal of clinical epidemiology*, 51(11), 1159-1165.
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1995). *SF-12: How to score the SF-12 physical and mental health summary scales*. Health Institute, New England Medical Center.
- Ware J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 473-483.

- Ware J. E, Snow K. K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center.
- Watson, S. B., Goh, Y. W., & Sawang, S. (2015). Gender influences on the work-related stress-coping process. *Journal of Individual Differences*, 32(1), 39-41. Doi: 10.1027/1614-0001/a000033
- Weisenberg, M., Raz, T. & Hener, T. (1998). The influence of film induced mood on pain perception. *Pain*, 76, 365-375.
- Williams, P.G., O'Brien, C.D., & Colder, C.R. (2004). The effects of neuroticism and extraversion on self-assessed health and health-relevant cognition. *Personality and Individual Differences*, 37, 83-94. doi:10.1016/j.paid.2003.08.001
- Williams, P.G., Wasserman, M.S., & Lotto, A.J. (2003). Individual differences in self-assessed health: an information-processing investigation of health and illness cognition. *Health Psychology*, 22(1), 3-11. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.22.1.3>
- Winter, D. G., & Barenbaum, N. B. (1999). History of modern personality theory and research. In L. Pervin & O. John (Eds.), *Handbook of personality theory and research* (pp.3-27). New York: Guilford
- Wrzesniewski, K. & Wlodarczyk, D. (2001). The role of cognitive appraisal in coping with stress after myocardial infraction: Selected theoretical and methodological issues. *Polish Psychological Bulletin* 32, 109-14.
- Yago Simón, T. (2008). Incorporación de las perspectivas psicosocial y de género en la práctica profesional. En: Miqueo, Consuelo; Barral, M. José; Magallón, Carmen (ed). *Estudios iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud. GENCIBER* (pp. 685-688). Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Yayli, G., Yaman, H. & Yaman, A. (2003). Stress and work-life in a university hospital in Turkey: evaluation of the Brief Symptom Inventory and Ways of Coping Inventory in hospital staff. *Social Behavior and Personality*, 31(1), 91-100.
- Yusoff, N., Low, W.Y. & Yip, C.H. (2010). Reliability and validity of the Brief COPE Scale (English version) among women with breast cancer undergoing treatment of adjuvant chemotherapy: A Malaysian study. *Medical Journal of Malaysia*, 65(1), 41-44.
- Zellars, J., Kelly, D., & Lee, C. (1999). Vulnerable to job burnout. The influence of personality, social support, role stressors, and moods. *Humanities and Social Sciences*, 59, 2611.

# **ANEXOS**



# ANEXOS

---

Anexo I	Consentimiento informado.....	443
Anexo II	Protocolos de evaluación.....	444
Anexo III	Coeficientes correlación ítem-escala de los instrumentos.....	455



## Anexo I: Consentimiento Informado——

He sido informado del desarrollo de un Proyecto de Investigación. Este proyecto se va a utilizar de base para la elaboración de la tesis “Estilos de personalidad, afrontamiento y satisfacción en profesionales sanitarios: análisis de los roles de género en relación con la salud”.

De manera voluntaria consiento a participar en el estudio y a realizar el cuestionario pertinente. Los datos que usted aporte son completamente confidenciales, su nombre no aparecerá en ningún momento relacionado con sus datos.

Entiendo que mi participación en este estudio es voluntaria. Comprendo que puedo revocar mi consentimiento:

En cualquier momento Sin tener que dar explicaciones Sin que esto repercuta en mi asistencia sanitaria.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de éstas en las condiciones detalladas en este documento. Y para que así conste firmo el presente consentimiento informado junto con la persona que me ha informado que también firma al pie de este documento.

En Madrid, a ..... de ..... de 201....

Firma del Participante del estudio Fecha ...../...../.....

Firma del Investigador Fecha ...../...../.....

*De acuerdo con la **Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal** toda la información que nos facilite en este protocolo de evaluación será tratada exclusivamente con fines estadísticos, no pudiendo ser utilizada de forma nominal ni facilitada a terceros*

## Anexo II: Protocolos de evaluación

A continuación encontrará preguntas relacionadas con su vida. El objetivo es valorar los niveles de salud en relación con la personalidad. Los datos son totalmente anónimos. Por favor, sea sincero en sus respuestas.

### DATOS PERSONALES Y DEMOGRÁFICOS

Rellene / señale con una cruz la opción que le corresponda:

#### Profesión

Médico  
Médico de familia y comunitaria  
Enfermera  
Enfermera de familia y comunitaria  
Auxiliares de enfermería  
Fisioterapeuta  
Otros sanitarios

#### Sexo

Varón  
Mujer

#### Edad

Años

#### Estado civil

Soltero/a  
Casado/a o pareja de hecho  
Separado/a o divorciado/a  
Viudo/a

#### Horario de trabajo

Mañana  
Tarde  
Mañana y tarde  
A turnos

¿Trabaja algunos fines de semana?

#### Lugar de trabajo

Atención Primaria  
Atención Especializada  
Otros



**Tipo de contrato**

Temporal

En propiedad

**Tiempo que lleva trabajando**

De 1 a 6 meses

De 7 a 12 meses

De 1 a 5 años

De 6 a 10 años

De 11 a 15 años

De 16 a 20 años

De 21 a 30 años

De 31 a 40 años

Más de 41 años

**Número de hijos y edades de los hijos**

Nº de hijos/as

Edad 1º hijo/a

Edad 2º hijo/a

Edad 3º hijo/a

Edad 4º hijo/a

Edad 5º hijo/a

**Ingresos**

Mi trabajo no es remunerado

Menos de 12000 euros

Entre 12000-23999 euros

Entre 24000-35999 euros

Entre 36000-47999 euros

Entre 48000-59999 euros

Entre 60000-83999 euros

Entre 84000-119999 euros

Más de 120000 euros

**CUESTIONARIO DE DATOS FAMILIARES**

Especifique el número de horas aproximado, y a continuación señale la casilla que corresponda

**Número de horas semanales dedicadas a las tareas del hogar**

Nº de horas aproximado semanal

35 horas o más

21 a 35 horas

14 a 21 horas

14 a 5 horas

4 horas o menos

Especifique el número de horas aproximado, y a continuación señale la casilla que corresponda

**Número de horas semanales dedicadas al cuidado y educación de los hijos**

Nª de horas aproximado semanal

35 horas o más

21 a 35 horas

14 a 21 horas

14 a 5 horas

4 horas o menos

No procede/No tiene hijos

Especifique la implicación en puntuación aproximada, de 1 a 10, siendo el 1 el grado de implicación mínima y el 10 la máxima\_\_\_\_\_, y a continuación rellene la casilla que procede.

**Grado de implicación del cónyuge en las tareas del hogar**

Muy elevado

Elevado

Normal

Insuficiente

Muy insuficiente

No procede

Especifique la implicación en puntuación aproximada, de 1 a 10, siendo el 1 el grado de implicación mínima y el 10 la máxima\_\_\_\_\_, y a continuación rellene la casilla que procede

**Grado de implicación del cónyuge en la educación y cuidado de los hijos**

Muy elevado

Elevado

Normal

Insuficiente

Muy insuficiente

No procede

### DATOS DE SALUD FÍSICA

Señale la casilla que mejor refleje su forma habitual de comportarse durante los últimos 6 meses (hábitos nocivos, conductas de riesgo, síntomas físicos, etc.)

**INGESTA DE ALCOHOL** (No se refiere a la posibilidad de beber en las comidas, sino al consumo de alcohol fuera de la misma)

Nunca _____	<input type="checkbox"/>	0
Esporádicamente _____	<input type="checkbox"/>	1
Una vez por semana _____	<input type="checkbox"/>	2
Fines de semana _____	<input type="checkbox"/>	3
Tres/cuatro veces semana _____	<input type="checkbox"/>	4
Una vez al día _____	<input type="checkbox"/>	5

### FUMAR CIGARRILLOS

No fuma o esporádicamente _____	<input type="checkbox"/>	1
De 1 a 5 diarios _____	<input type="checkbox"/>	2
De 6 a 10 _____	<input type="checkbox"/>	3
De 11 a 20 _____	<input type="checkbox"/>	4
Más de 20 diarios _____	<input type="checkbox"/>	5

### INGESTA DE FÁRMACOS

Nunca _____	<input type="checkbox"/>	0
Esporádicamente(Cada dos semanas) _____	<input type="checkbox"/>	1
Dos o tres veces por semana _____	<input type="checkbox"/>	2
Todos los días _____	<input type="checkbox"/>	3

### INGESTA DE PSICOFÁRMACOS (Pastillas para dormir, tranquilizantes, etc.)

Nunca _____	<input type="checkbox"/>	0
Esporádicamente (Cada dos semanas) _____	<input type="checkbox"/>	1
Dos o tres veces por semana _____	<input type="checkbox"/>	2
Todos los días _____	<input type="checkbox"/>	3

### VISITAS AL MÉDICO POR PROBLEMA PROPIO (Y DE OTROS FAMILIARES) DURANTE EL ÚLTIMO AÑO

Número de visitas al médico en el último año para uno mismo. Intente recordar el número aproximado de visitas y ponga una cifra\_\_\_\_\_

Número de veces que ha ido al médico acompañando a otra persona, o en su representación\_\_\_\_\_

**PRESENCIA DE DOLENCIAS DIVERSAS**

	Frecuente- mente	A menudo	En ocasiones	Rara vez/Nunca
Mareos	4	3	2	1
Dolor cabeza	4	3	2	1
Dolor espalda	4	3	2	1
Dolores piernas	4	3	2	1
Otros dolores	4	3	2	1
Nauseas	4	3	2	1
Cansancio	4	3	2	1
Problemas respiratorios	4	3	2	1
Problemas digestivos	4	3	2	1
Otro tipo de problemas no especificados	4	3	2	1

**VALORACIÓN DEL NIVEL DE SU SALUD FÍSICA.** Valore de 1 a 10 su nivel de salud física, siendo 1 = Muy insatisfactorio y 10 = Muy satisfactorio

Muy satisfactorio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy Satisfactorio
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------

**SF-36: SALUD SUBJETIVA**

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1.- En general, usted diría que su salud es:

Excelente.....	<input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>
Muy buena.....	<input type="text"/>	<input type="text" value="1"/>
Buena.....	<input type="text"/>	<input type="text" value="2"/>
Regular.....	<input type="text"/>	<input type="text" value="3"/>
Mala.....	<input type="text"/>	<input type="text" value="4"/>

2.-¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparando con la de hace años?

Mucho mejor ahora que hace un año.....	<input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>
Más o menos igual que hace un año.....	<input type="text"/>	<input type="text" value="1"/>
Mucho peor ahora que hace un año.....	<input type="text"/>	<input type="text" value="2"/>
Algo mejor ahora que hace un año.....	<input type="text"/>	<input type="text" value="3"/>
Algo peor ahora que hace un año.....	<input type="text"/>	<input type="text" value="4"/>

3.- Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual ¿le impide para hacer esas actividades o cosas? Si es así ¿Cuánto?

PREGUNTAS	Nº Pre	SI, ME LIMITA MUCHO	SÍ, ME LIMITA UN POCO	NO,NO ME LIMITA NADA
Esfuerzos intenso, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	1			
Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o andar 1 hora	2			
Coger o llevar la bolsa de la compra	3			
Subir varios pisos por la escalera	4			
Subir un solo piso por la escalera	5			
Agacharse o arrodillarse	6			
Caminar un kilómetro o más	7			
Caminar varias manzanas(varios Centenares de metros)	8			
Caminar una sola manzana (100mtros)	9			
Bañarse o vestirse por sí mismo	10			

4.-Durante las últimas semanas ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud?

PREGUNTAS	Nº Pre	SI	NO
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1		
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	2		

¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	3		
¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas(por ej, le costó más de lo normal	4		

5.-Durante las 4 últimas semana, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional(como estar triste, deprimido o nervioso)?

PREGUNTAS	Nº Pre	SI	NO
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?	1		
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	2		
¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	3		

6.-Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada.....		0
Un poco.....		1
Regular.....		2
Bastante.....		3
Mucho.....		4

7.-¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No ninguno.....		0
Sí, muy poco .....		1
Sí, un poco.....		2
Sí, moderado.....		3
Sí, mucho.....		4
Sí, muchísimo.....		5

8.-Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual(incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada.....		0
Un poco.....		1
Regular.....		2

Bastante.....  
Mucho.....

	3
	4

9.-Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca a cómo se ha sentido usted. durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo.....

PREGUNTAS	Nº Pr	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
Se sintió lleno de vitalidad?	1						
Estuvo muy nervioso?	2						
Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	3						
Se sintió calmado y tranquilo	4						
Tuvo mucha energía	5						
Se sintió desanimado y triste	6						
Se sintió agotado?	7						
Se sintió feliz?	8						
Se sintió cansado?	9						

10.-Durante las 4 últimas semanas ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)

Siempre.....  
Casi siempre.....  
Algunas veces.....  
Sólo alguna vez.....  
Nunca.....

	0
	1
	2
	3
	4

11.-Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

PREGUNTAS	Nº Pr	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo se	Bastante falsa	Totalmente falsa
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1					
Estoy tan sano como cualquiera	2					
Creo que mi salud va a empeorar	3					
Mi salud es excelente	4					

### CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN PERSONAL

A continuación, le pedimos que valore de 1 a 10, su grado de Satisfacción en un AMBIENTE FAMILIAR y en un AMBIENTE LABORAL y su SATISFACCIÓN GLOBAL, donde 1 indica “**muy insatisfecho**” y 10 indica “**muy satisfecho**”. Rodee con un círculo su respuesta.

-Valore de 1 a 10 su grado de SATISFACCIÓN FAMILIAR:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

-Valore de 1 a 10 su grado de SATISFACCIÓN LABORAL:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

-Valore de 1 a 10 su grado de SATISFACCIÓN GLOBAL:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

### SWLS: CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN VITAL

Aquí tienes cinco afirmaciones acerca de la vida en general. Nos interesa conocer tu opinión al respecto. Por favor, responde en relación con lo que pienses y sientas. Léelas atentamente e indica si estás de acuerdo o no. Tienes 7 posibilidades de respuesta:

*1: muy en desacuerdo; 2: bastante en desacuerdo; 3: algo en desacuerdo; 4: ni de acuerdo ni en desacuerdo; 5: algo de acuerdo; 6: bastante de acuerdo y 7: muy de acuerdo. Rodea con un círculo lo que pienses.*

1.- En la mayoría de los sentidos, mi vida está cerca de mis ideales.....1--2--3--4--5--6--7

2.- Las condiciones de mi vida son excelentes..... 1--2--3--4--5--6--7



3.- Estoy satisfecho/a con mi vida.....1--2--3--4--5--6--7

4.- Hasta ahora, he obtenido las cosas importantes de la vida que siempre quise.....1--2--3--4--5--6--7

5.- Si tuviera que vivir mi vida de nuevo, no cambiaría nada... 1--2--3--4--5--6--7

### CUESTIONARIO COPE REDUCIDO

Las siguientes son algunas maneras de enfrentar y adaptarse a situaciones difíciles. Piense en alguna situación difícil que usted haya tenido que enfrentar durante el último año. Estamos interesados en saber como enfrentó y se adaptó a esa situación difícil.

1= no hice esto en absoluto

2=Hice esto un poco

3=Hice esto con cierta frecuencia (a veces)

4=Hice esto con mucha frecuencia

PREGUNTAS	NO	POCO	A VECES	MUCHO
1. Me enfoqué en el trabajo u otras actividades para distraer mi mente				
2.Me esforcé por hacer algo para resolver la situación en la que estaba				
3. Me dije o pensé que esto no era real				
4. Usé alcohol u otras drogas para sentirme mejor				
5. Recibí apoyo emocional de otras personas				
6. Me di por vencido al tratar de luchar con esto				
7. Generé acciones para poder mejorar la situación				
8. Me negué a creer que esto hubiera pasado				
9. Dije cosas para dejar escapar mis sentimientos desagradables				
10. Usé alcohol u otras drogas para que me ayudaran a pasar por eso				
11. Traté de verlo con un enfoque distinto, para que pareciera más positivo				
12.Traté de crear una estrategia para saber que hacer				
13. Recibí apoyo y comprensión de alguien				
14. Dejé de hacerle frente a la situación en la que estaba				

15. busqué algo bueno en lo que estaba pasando				
16. Hice bromas a cerca de esto				
17. Hice algo para pensar menos en esto, como ir al cine, ver TV, leer, soñar despierto, dormir o ir de compras				
18. Acepté que esto hubiera pasado				
19. Expresé mis pensamientos negativos				
20. Traté de encontrar apoyo en mi religión o mis creencias espirituales				
21. Aprendía a vivir con esto				
22. Pensé mucho en cuales eran los pasos a seguir				
23. Recé y medité				
24. Tomé la situación como una diversión				

MIPS - Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (Millon, 1994a).

## Anexo III: Coeficientes correlación ítem-escala de los instrumentos

A continuación se presentan los análisis de los coeficientes de correlación ítem-escala de los instrumentos Sf-36, Brief-COPE y MIPS.

### Coeficientes de correlación ítem-escala de los instrumentos

**Tabla 6.1: Resumen de los coeficiente de correlación ítem-escala del *SF-36***

SF-36	Rango de los coeficientes de correlación ítem-escala corregida.	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1.Rol físico	0.61-0.74	0.81-0.83
2.Función física	0.10-0.67	0.74-0.77
3.Salud general	0.44-0.70	0.74-0.77
4.Dolor cuerpo	0.51-0.51	0.65-0.65
5.Vitalidad	0.45-0.64	0.70-0.78
6.Función social	0.67-0.67	0.80-0.80
7.Rol emocional	0.55-0.72	0.72-0.78
8.Salud mental	0.51-0.76	0.76-0.81

Nota: 1.Rol físico; 2.Función física; 3.Salud general; 4.Dolor cuerpo; 5.Vitalidad; 6.Función social; 7.Rol emocional; 8.Salud ment

**Tabla 6.4: Resumen de coeficiente de correlación ítem-escala del *Brief-COPE***

Brief-COPE	Rango de los coeficientes de correlación ítem-escala corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1.Autodistracción	0.33-0.33	0.49-0.49
2.Afrontamiento activo	0.50-0.50	0.67-0.67
3.Negación	0.50-0.50	0.66-0.66
4.Consumo sustancias	0.66-0.66	0.78-0.78
5.Apoyo emocional	0.75-0.75	0.86-0.86
6.Renuncia	0.47-0.47	0.64-0.64

7.Descarga emocional	0.30-0.30	0.45-0.45
8.Reinterpretación positiva	0.50-0.50	0.66-0.66
9.Planificación	0.39-0.39	0.56-0.56
10.Humor	0.31-0.31	0.45-0.45
11.Aceptación	0.40-0.40	0.58-0.58
12.Religión	0.73-0.73	0.85-0.85

Nota: 1.Autodistracción; 2.Afrontamiento activo; 3.Negación; 4.Consumo sustancias; 5.Apoyo emocional; 6.Renuncia; 7.Descarga emocional; 8.Reinterpretación positiva; 9.Planificación; 10.Humor; 11.Aceptación; 12.Religión

**Tabla 6.7: Resumen de Coeficiente de correlación ítem-escala del MIPS**

Coeficientes de Correlación ítem-escala de la escala **1A-EXPANSIÓN**

Nº ítem	Peso del ítem respecto a escala	Corrección ítem-escala	Coeficiente alfa si se elimina el ítem
81	3	0.02	0.38
94	3	0.08	0.36
106	3	0.07	0.36
129	3	0.13	0.35
151	3	0.18	0.33
110	2	0.20	0.32
180	2	0.04	0.37
149	1	-0.00	0.39
65	1	0.02	0.38
26	1	0.19	0.33
18	2	0.24	0.32
17	1	0.13	0.38
57	2	0.17	0.34
72	2	0.23	0.33
69	1	0.14	0.35
111	2	0.27	0.31
122	2	0.32	0.31
139	2	-0.07	0.41
142	1	-0.07	0.40

Coeficientes de Correlación ítem-escala de la escala **1B-PRESERVACIÓN**

Nº ítem	Peso del ítem respecto a escala	Corrección ítem-escala	Coeficiente alfa si se elimina el ítem
41	2	0.13	0.60
13	2	0.15	0.62
25	2	0.41	0.57
154	2	0.21	0.59
60	2	0.39	0.57
72	3	0.43	0.57
86	3	0.23	0.59
81	2	-0.26	0.65
94	2	0.33	0.58
106	2	-0.13	0.64
100	3	0.41	0.57
111	3	0.56	0.55
122	3	0.35	0.58
129	2	-0.18	0.65
126	2	0.40	0.57
148	3	0.51	0.56
155	3	0.39	0.57
139	3	0.40	0.56
10	1	-0.90	0.64

MIPS. Coeficientes de Correlación ítem-escala de la escala **2A-MODIFICACIÓN** en PS (luz)

Nº ítem	Peso del ítem respecto a escala	Corrección ítem-escala	Coeficiente alfa si se elimina el ítem
---------	---------------------------------	------------------------	--

84	3	0.36	0.57
97	3	0.25	0.59
119	3	0.11	0.60
137	3	0.24	0.59
153	3	0.27	0.58
157	3	0.36	0.57
171	3	0.41	0.56
173	1	0.18	0.60
165	1	0.20	0.59
151	1	0.22	0.59
134	1	0.16	0.60
132	1	0.19	0.59
123	1	0.21	0.59
149	2	0.20	0.59
3	2	0.18	0.59
28	1	0.07	0.60
33	1	0.21	0.59
41	1	0.31	0.58
48	2	0.29	0.58
65	2	0.24	0.58
79	2	0.40	0.56
82	1	-0.07	0.62
107	2	-0.24	0.64
146	2	0.00	0.62
8	2	-0.16	0.64

MIPS. Coeficientes de Correlación ítem-escala de la escala **2B-ADECUACIÓN** en PS (luz)

Nº ítem	Peso del ítem respecto a escala	Corrección ítem-escala	Coeficiente alfa si se elimina el ítem
21	2	-0.05	0.55
38	2	0.28	0.51
146	3	0.01	0.54
70	3	0.17	0.52
86	1	0.11	0.52
82	3	0.15	0.52
88	3	0.20	0.51
95	3	0.12	0.52
107	3	-0.11	0.56
122	1	0.13	0.52
130	3	0.23	0.51
135	3	0.28	0.50
146	3	0.21	0.51
3	2	0.14	0.52
10	2	0.14	0.52
48	2	0.17	0.52
65	2	0.06	0.53
79	2	0.27	0.50
97	2	-0.16	0.50
119	2	0.07	0.52
149	2	0.13	0.53
151	1	0.08	0.52
153	2	0.33	0.49
157	2	0.13	0.52
161	2	0.23	0.50
165	2	0.30	0.50

MIPS. Coeficientes de Correlación ítem-escala de la escala **3A-INDIVIDUALIDAD** en PS

Nº ítem	Peso del ítem respecto a escala	Corrección ítem-escala	Coeficiente alfa si se elimina el ítem
2	2	0.30	0.50
32	2	<b>0.21</b>	0.52
42	1	0.13	0.53
43	2	0.13	0.53
97	2	<b>0.23</b>	0.51
96	3	<b>0.23</b>	0.51
83	3	<b>0.21</b>	0.52
108	3	<b>0.19</b>	0.52
118	3	0.15	0.53
126	1	0.13	0.53

136	3	<b>0.21</b>	0.52
147	3	0.32	0.50
150	1	0.24	0.51
152	3	<b>0.28</b>	0.51
165	1	<b>0.18</b>	0.52
71	2	<b>0.43</b>	0.48
176	1	<b>-0.10</b>	0.56
154	1	0.00	0.55
144	2	<b>0.01</b>	0.55
137	2	<b>0.23</b>	0.52
8	2	<b>-0.07</b>	0.57
71	2	<b>-0.09</b>	0.57

MIPS. Coeficientes de Correlación ítem-escala de la escala **3B-PROTECCIÓN** en PS

Nº ítem	Peso del ítem respecto a escala	Corrección ítem-escala	Coeficiente alfa si se elimina el ítem
71	3	0.30	0.43
85	3	<b>0.15</b>	0.46
99	3	0.25	0.45
110	3	0.24	0.45
121	3	<b>0.09</b>	0.48
140	3	<b>0.07</b>	0.48
154	3	<b>0.16</b>	0.46
176	3	<b>0.19</b>	0.46
46	2	0.21	0.45
73	2	0.26	0.44
92	2	<b>0.18</b>	0.46
127	2	0.20	0.45
144	2	0.28	0.44
9	1	<b>0.14</b>	0.47
21	1	<b>-0.04</b>	0.49
41	1	<b>0.18</b>	0.46
56	1	<b>0.14</b>	0.46
64	1	0.23	0.45
96	2	<b>0.11</b>	0.47
116	2	<b>-0.20</b>	0.53
118	2	<b>-0.04</b>	0.50
43	1	<b>-0.16</b>	0.50
83	1	<b>0.12</b>	0.47
108	1	<b>0.10</b>	0.48

Nota: Se han marcado en negrita las correlaciones inferiores a 0.20

MIPS. Coeficientes de Correlación ítem-escala de la escala **4A-EXTRAVERSIÓN** en PS

Nº ítem	Peso del ítem respecto a escala	Corrección ítem-escala	Coeficiente alfa si se elimina el ítem
41	3	0.24	0.29
73	3	<b>0.06</b>	0.34
123	3	0.49	0.34
132	3	0.19	0.30
65	2	<b>0.17</b>	0.30
121	2	<b>0.03</b>	0.34
149	2	<b>0.04</b>	0.34
151	2	<b>0.12</b>	0.32
170	2	0.20	0.30
180	2	0.00	0.35
110	1	<b>0.19</b>	0.30
140	1	0.00	0.35
19	2	0.04	0.34
45	2	<b>0.06</b>	0.34
54	2	<b>0.03</b>	0.34
91	2	<b>0.04</b>	0.34
104	2	<b>0.10</b>	0.33
142	2	-0.07	0.36
150	2	<b>0.12</b>	0.32
30	1	<b>-0.03</b>	0.36
115	1	<b>0.18</b>	0.31

MIPS. Coeficientes de Correlación ítem-escala de la escala **4B-INTROVERSIÓN**

Nº ITEM	PESO DEL ÍTEM RESPECTO A ESCALA	CORRECCIÓN ÍTEM-ESCALA	COEFICIENTE ALFA SI SE ELIMINA EL ÍTEM
91	3	0.	0.
104	3		
115	3	0.	0.
126	3	0.	0.
142	3	<b>0.</b>	0.
143	3	<b>0.</b>	0.
150	3	<b>0.</b>	0.
180	2	<b>0.</b>	0.
123	2	0.	0.
62	2	0.	0.
45	2	<b>0.</b>	0.
34	1	0.	0.
27	1	0.	0.
19	1	<b>0.</b>	0.

MIPS. Coeficientes de Correlación ítem-escala de la escala **5A-SENSACIÓN** en PS

Nº ítem	Peso del ítem respecto a escala	Corrección ítem-escala	Coeficiente alfa si se elimina el ítem
78	3	-0.64	0.36
87	2	-0.17	0.38
90	3	0.38	0.16
103	3	<b>0.00</b>	0.33
105	1	<b>-0.04</b>	0.34
114	3	0.31	0.20
117	3	0.35	0.18
125	3	0.38	0.17
128	2	-0.22	0.42
156	2	0.07	0.30
024	1	<b>0.12</b>	0.28
016	1	<b>0.17</b>	0.26

Nota: Se han marcado en negrita las correlaciones inferiores a 0.20

MIPS. Coeficientes de Correlación ítem-escala de la escala **5B-INTUICIÓN** en PS

Nº ítem	Peso del ítem respecto a escala	Corrección ítem-escala	Coeficiente alfa si se elimina el ítem
2	2	0.11	0.52
47	2	<b>0.22</b>	0.50
87	3	-0.08	0.54
93	3	0.27	0.49
105	3	<b>0.15</b>	0.51
128	3	<b>0.03</b>	0.53
156	3	<b>0.18</b>	0.51
169	3	<b>0.13</b>	0.52
49	2	0.25	0.51
52	1	0.07	0.52
76	2	<b>0.23</b>	0.50
65	1	0.21	0.50
126	2	0.19	0.50
145	2	<b>0.25</b>	0.50
129	1	<b>0.10</b>	0.52
149	1	<b>0.15</b>	0.51
162	1	<b>0.07</b>	0.52
41	1	0.20	0.50
18	1	<b>0.04</b>	0.51
75	2	<b>0.17</b>	0.52
78	2	<b>0.12</b>	0.52
90	2	<b>0.20</b>	0.51
114	1	<b>0.10</b>	0.52
117	2	<b>0.06</b>	0.52
125	2	<b>0.15</b>	0.51

MIPS. Coeficientes de Correlación ítem-escala de la escala **6A-PENSAMIENTO** en PS

Nº ítem	Peso del ítem respecto a escala	Corrección ítem-escala	Coeficiente alfa si se elimina el ítem
50	3	0.29	0.64
75	3	<b>0.40</b>	0.63
89	3	0.30	0.64
102	3	0.33	0.64
113	3	<b>0.33</b>	0.64
116	3	<b>0.22</b>	0.65
124	3	<b>0.38</b>	0.64
133	3	<b>0.32</b>	0.64
147	2	0.36	0.64
167	2	0.35	0.64
158	1	<b>0.23</b>	0.65
172	1	0.35	0.63
127	2	-0.18	0.70
92	2	<b>-0.05</b>	0.67
80	2	<b>-0.14</b>	0.70
48	2	<b>0.20</b>	0.65
44	1	<b>0.30</b>	0.64
39	1	0.17	0.65
7	1	<b>0.24</b>	0.65
171	2	<b>0.46</b>	0.62

MIPS. Coeficientes de Correlación ítem-escala de la escala **6B-SENTIMIENTO** en PS

Nº ítem	Peso del ítem respecto a escala	Corrección ítem-escala	Coeficiente alfa si se elimina el ítem
80	3	0.20	0.55
92	3	<b>0.12</b>	0.56
127	3	0.13	0.56
144	3	0.15	0.56
145	2	<b>0.29</b>	0.54
146	2	<b>0.28</b>	0.54
46	2	<b>0.08</b>	0.56
64	2	<b>0.16</b>	0.55
76	2	0.22	0.54
99	2	0.22	0.55
121	2	<b>0.04</b>	0.56
128	2	0.08	0.56
9	1	0.23	0.54
47	1	<b>0.13</b>	0.55
72	1	<b>0.22</b>	0.55
73	1	<b>0.11</b>	0.56
82	1	<b>0.17</b>	0.55
85	1	0.20	0.55
100	1	<b>0.26</b>	0.54
105	1	<b>0.18</b>	0.55
110	1	<b>0.13</b>	0.55
123	1	<b>0.10</b>	0.56
139	1	<b>0.20</b>	0.55
149	1	<b>0.12</b>	0.56
155	1	<b>0.22</b>	0.54
169	1	<b>0.21</b>	0.55
124	1	<b>0.00</b>	0.56
118	1	<b>0.09</b>	0.57
116	2	<b>-0.04</b>	0.56
96	1	<b>0.15</b>	0.57
89	2	<b>-0.05</b>	0.56
75	2	<b>0.10</b>	0.56
43	1	<b>-0.01</b>	0.57
3	1	<b>0.13</b>	0.56
140	1	0.15	0.57

MIPS. Coeficientes de Correlación ítem-escala de la escala **7A-SISTEMATIZACIÓN** en PS

Nº ítem	Peso del ítem respecto a escala	Corrección ítem-escala	Coeficiente alfa si se elimina el ítem
4	3	0.23	0.64
33	3	<b>0.33</b>	0.63



48	3	0.32	0.63
59	3	0.30	0.63
67	3	<b>0.30</b>	0.63
79	3	<b>0.50</b>	0.61
112	3	<b>0.40</b>	0.62
159	3	<b>0.39</b>	0.63
168	3	0.29	0.63
153	2	0.30	0.63
157	2	<b>0.26</b>	0.64
163	2	0.33	0.64
179	2	0.23	0.64
1	1	<b>-0.01</b>	0.66
10	1	<b>0.10</b>	0.65
78	1	<b>0.08</b>	0.65
90	1	<b>0.14</b>	0.65
103	1	0.10	0.65
114	1	<b>0.09</b>	0.65
115	1	<b>0.30</b>	0.66
111	1	<b>0.20</b>	0.64
105	1	<b>0.01</b>	0.66
107	2	<b>-0.18</b>	0.67
88	1	<b>0.21</b>	0.64
76	1	<b>-0.01</b>	0.66
70	1	<b>0.10</b>	0.66
61	1	<b>0.09</b>	0.65
56	1	<b>0.16</b>	0.65
25	1	<b>0.23</b>	0.64
82	2	<b>0.01</b>	0.67
177	3	0.15	0.65

MIPS. Coeficientes de Correlación ítem-escala de la escala **7B-INNOVACIÓN** en PS

Nº ítem	Peso del ítem respecto a escala	Corrección ítem-escala	Coeficiente alfa si se elimina el ítem
28	3	0.13	0.62
47	3	<b>0.17</b>	0.62
41	2	0.28	0.61
49	3	0.20	0.62
61	1	<b>0.07</b>	0.63
65	3	<b>0.26</b>	0.61
76	3	<b>0.27</b>	0.61
73	2	<b>0.21</b>	0.62
66	2	0.17	0.62
80	1	0.16	0.62
82	1	<b>-0.05</b>	0.63
83	1	0.27	0.62
134	3	0.24	0.61
145	3	<b>0.26</b>	0.61
132	2	<b>0.24</b>	0.61
149	2	<b>0.22</b>	0.62
32	1	<b>0.18</b>	0.62
3	1	0.21	0.62
105	1	<b>0.09</b>	0.63
108	1	<b>0.14</b>	0.62
118	1	<b>0.08</b>	0.63
128	1	<b>0.12</b>	0.62
129	1	<b>0.17</b>	0.62
170	1	<b>0.40</b>	0.60
174	1	<b>0.33</b>	0.60
1	2	<b>-0.04</b>	0.63
4	2	<b>0.10</b>	0.63
24	1	<b>0.01</b>	0.63
8	1	<b>-0.09</b>	0.65
33	1	<b>0.21</b>	0.62
59	2	<b>0.19</b>	0.62
90	1	<b>0.07</b>	0.63
103	1	<b>0.05</b>	0.63
112	2	<b>0.15</b>	0.62
114	2	<b>0.02</b>	0.63
159	2	<b>0.17</b>	0.62

168	1	<b>0.21</b>	0.62
-----	---	-------------	------

MIPS. Coeficientes de Correlación ítem-escala de la escala **8A-RETRAIMIENTO** en PS

Nº ítem	Peso del ítem respecto a escala	Corrección ítem-escala	Coeficiente alfa si se elimina el ítem
7	3	0.26	0.57
19	3	<b>0.20</b>	0.58
27	3	0.27	0.57
30	3	0.10	0.59
39	3	<b>0.34</b>	0.57
41	2	<b>0.21</b>	0.58
44	3	<b>0.11</b>	0.60
53	3	<b>0.31</b>	0.57
62	2	0.24	0.58
65	2	0.18	0.59
73	2	<b>-0.04</b>	0.61
115	1	0.33	0.56
126	2	0.24	0.58
123	2	<b>0.01</b>	0.60
133	1	<b>0.32</b>	0.57
150	2	<b>0.20</b>	0.58
151	2	<b>-0.00</b>	0.61
149	2	0.09	0.60
154	1	<b>0.03</b>	0.60
170	1	<b>0.21</b>	0.58
174	1	<b>0.20</b>	0.58
180	2	<b>-0.01</b>	0.61
83	1	<b>0.27</b>	0.58
42	2	<b>0.24</b>	0.58
34	1	<b>0.23</b>	0.58

MIPS. Coeficientes de Correlación ítem-escala de la escala **8B-SOCIABILIDAD** en PS

Nº ítem	Peso del ítem respecto a escala	Corrección ítem-escala	Coeficiente alfa si se elimina el ítem
9	3	0.13	0.66
8	2	<b>-0.19</b>	0.69
30	2	0.04	0.67
149	3	0.21	0.65
153	2	<b>0.33</b>	0.64
157	2	<b>0.27</b>	0.65
159	2	<b>0.22</b>	0.65
162	3	<b>0.28</b>	0.65
166	3	0.31	0.64
165	1	0.35	0.64
170	3	<b>0.46</b>	0.63
172	1	0.41	0.63
174	3	0.41	0.63
180	3	<b>0.14</b>	0.66
179	2	<b>0.35</b>	0.63
171	2	<b>0.43</b>	0.63
137	1	<b>0.26</b>	0.65
167	2	0.43	0.63
142	2	<b>-0.09</b>	0.67
115	1	<b>0.20</b>	0.65
123	2	<b>0.07</b>	0.66
41	2	<b>0.22</b>	0.65
65	2	<b>0.22</b>	0.65
62	2	<b>0.08</b>	0.66
54	2	<b>-0.18</b>	0.67
81	1	<b>0.16</b>	0.66
97	2	<b>0.23</b>	0.65
19	1	<b>0.13</b>	0.66
7	1	<b>0.01</b>	0.67

MIPS. Coeficientes de Correlación ítem-escala de la escala **9A-INDECISIÓN** en PS

Nº ítem	Peso del ítem respecto a escala	Corrección ítem-escala	Coeficiente alfa si se elimina el ítem
13	3	0.17	0.58

20	3	<b>0.26</b>	0.56
40	3	0.20	0.57
45	3	0.26	0.56
54	3	<b>0.21</b>	0.56
57	3	<b>0.17</b>	0.57
63	3	<b>0.29</b>	0.56
11	2	<b>0.34</b>	0.55
18	2	0.31	0.55
72	2	0.31	0.56
100	2	<b>0.33</b>	0.55
142	2	0.26	0.56
143	2	0.25	0.56
53	1	<b>0.35</b>	0.55
104	1	<b>0.28</b>	0.55
10	2	<b>-0.03</b>	0.59
58	2	<b>-0.00</b>	0.60
106	2	-0.01	0.60
129	2	<b>0.30</b>	0.55
170	2	<b>0.03</b>	0.59
180	2	<b>-0.04</b>	0.59
26	1	<b>0.10</b>	0.58
94	1	<b>0.23</b>	0.56
159	1	<b>0.01</b>	0.59
161	1	<b>0.04</b>	0.59
174	1	<b>0.20</b>	0.56

MIPS. Coeficientes de Correlación ítem-escala de la escala **9B-DECISIÓN** en PS

Nº ítem	Peso del ítem respecto a escala	Corrección ítem-escala	Coeficiente alfa si se elimina el ítem
10	3	0.21	0.61
26	3	<b>0.20</b>	0.60
58	3	0.19	0.61
161	3	0.24	0.61
165	3	<b>0.34</b>	0.60
173	3	<b>0.15</b>	0.61
179	3	<b>0.26</b>	0.60
79	2	<b>0.24</b>	0.60
158	2	0.21	0.61
159	2	0.16	0.61
167	2	<b>0.34</b>	0.60
170	2	0.26	0.60
172	2	0.31	0.60
174	2	<b>0.34</b>	0.60
28	1	<b>0.12</b>	0.61
106	1	<b>0.08</b>	0.62
124	1	<b>0.26</b>	0.62
133	1	0.24	0.62
147	1	<b>0.27</b>	0.60
152	1	<b>0.21</b>	0.61
146	1	<b>0.14</b>	0.61
143	1	<b>0.12</b>	0.62
63	1	<b>0.02</b>	0.62
57	1	<b>0.06</b>	0.62
40	1	<b>0.17</b>	0.61
21	1	<b>-0.05</b>	0.63
20	1	<b>0.09</b>	0.62
18	1	<b>0.17</b>	0.61
13	2	<b>0.08</b>	0.63
8	2	<b>-0.01</b>	0.63
45	2	<b>0.06</b>	0.62
95	2	<b>0.06</b>	0.62

MIPS. Coeficientes de Correlación ítem-escala de la escala **10A-DISCREPANCIA** en PS

Nº ítem	Peso del ítem respecto a escala	Corrección ítem-escala	Coeficiente alfa si se elimina el ítem
2	3	0.21	0.62
14	3	<b>0.02</b>	0.64
22	3	0.23	0.62
32	3	0.20	0.62

42	3	<b>0.24</b>	0.62
55	3	<b>0.05</b>	0.64
66	3	<b>0.18</b>	0.62
11	2	<b>0.34</b>	0.61
18	2	0.36	0.61
60	2	0.51	0.59
83	2	<b>0.31</b>	0.62
96	2	0.09	0.63
108	2	0.09	0.63
111	2	<b>0.45</b>	0.60
118	2	<b>0.19</b>	0.63
122	2	<b>0.27</b>	0.62
6	1	<b>0.15</b>	0.63
15	1	0.07	0.64
17	1	<b>0.32</b>	0.61
36	1	<b>0.15</b>	0.63
43	1	<b>0.20</b>	0.63
53	1	<b>0.32</b>	0.61
56	1	<b>0.30</b>	0.62
61	1	<b>0.22</b>	0.62
69	1	<b>0.23</b>	0.63
95	1	<b>0.22</b>	0.62
29	2	<b>-0.14</b>	0.64
24	1	<b>-0.05</b>	0.64
163	2	<b>0.05</b>	0.64
110	1	<b>-0.02</b>	0.65
112	1	<b>0.11</b>	0.63
153	1	<b>0.30</b>	0.61
159	1	<b>-0.09</b>	0.65
180	1	<b>-0.12</b>	0.65

MIPS. Coeficientes de Correlación ítem-escala de la escala **10B-CONFORMISMO** en PS

Nº ítem	Peso del ítem respecto a escala	Corrección ítem-escala	Coeficiente alfa si se elimina el ítem
16	3	0.15	0.68
24	3	<b>0.06</b>	0.68
29	3	0.03	0.68
37	3	0.17	0.68
163	3	<b>0.31</b>	0.67
1	2	<b>0.05</b>	0.68
4	2	<b>0.20</b>	0.68
64	2	<b>0.17</b>	0.68
90	2	0.22	0.67
102	2	0.15	0.68
114	2	<b>0.23</b>	0.67
125	2	0.31	0.67
144	2	0.18	0.68
153	2	<b>0.24</b>	0.67
157	2	<b>0.39</b>	0.66
159	2	<b>0.34</b>	0.66
170	2	<b>0.37</b>	0.65
179	2	0.29	0.67
67	1	<b>0.22</b>	0.67
84	1	<b>0.31</b>	0.67
75	1	<b>0.37</b>	0.66
99	1	<b>0.15</b>	0.68
110	1	<b>0.25</b>	0.67
113	1	<b>0.29</b>	0.67
154	1	<b>0.20</b>	0.67
165	1	<b>0.26</b>	0.67
171	1	<b>0.39</b>	0.66
173	1	<b>0.28</b>	0.67
180	1	<b>0.15</b>	0.68
128	2	<b>-0.12</b>	0.70
111	1	<b>0.03</b>	0.69
66	2	<b>0.07</b>	0.68
42	2	<b>-0.09</b>	0.69
32	2	<b>0.13</b>	0.68
22	2	<b>-0.06</b>	0.70

MIPS. Coeficientes de Correlación ítem-escala de la escala **11A-SUMISION** en PS

Nº ítem	Peso del ítem respecto a escala	Corrección ítem-escala	Coeficiente alfa si se elimina el ítem
6	3	0.53	0.60
12	3	<b>0.27</b>	0.58
18	3	0.28	0.58
52	3	0.12	0.60
56	3	<b>0.24</b>	0.58
61	3	<b>0.32</b>	0.58
69	3	<b>0.25</b>	0.58
8	2	<b>-0.06</b>	0.62
25	2	0.44	0.56
40	2	0.22	0.58
57	2	<b>0.24</b>	0.58
58	2	0.02	0.61
79	2	0.20	0.59
85	2	<b>0.20</b>	0.59
92	1	<b>-0.06</b>	0.61
111	2	<b>0.38</b>	0.56
108	1	<b>0.16</b>	0.59
122	2	0.42	0.57
137	2	<b>0.09</b>	0.60
147	1	<b>0.39</b>	0.56
158	1	<b>0.07</b>	0.60
167	1	<b>0.22</b>	0.58
172	1	<b>0.33</b>	0.57
173	1	<b>0.06</b>	0.60
3	2	<b>0.19</b>	0.59
1	1	<b>-0.10</b>	0.61

MIPS. Coeficientes de Correlación ítem-escala de la escala **11B-DOMINIO** en PS

nº ítem	Peso del ítem respecto a escala	Corrección ítem-escala	Coeficiente alfa si se elimina el ítem
3	3	0.30	0.57
15	3	<b>0.09</b>	0.60
23	3	0.30	0.57
36	3	0.11	0.60
43	3	<b>0.27</b>	0.58
158	3	<b>0.21</b>	0.58
167	3	<b>0.30</b>	0.57
172	3	<b>0.36</b>	0.56
2	2	0.36	0.56
58	2	0.22	0.58
83	2	<b>0.26</b>	0.58
108	2	0.19	0.59
133	2	0.30	0.57
137	1	<b>0.19</b>	0.59
147	1	<b>0.47</b>	0.55
144	1	<b>-0.05</b>	0.61
173	1	<b>0.16</b>	0.59
122	1	0.16	0.59
92	1	<b>-0.07</b>	0.61
79	1	<b>0.23</b>	0.58
57	1	<b>0.04</b>	0.70
32	1	<b>0.15</b>	0.59
40	1	<b>0.17</b>	0.59
18	1	<b>0.11</b>	0.60
1	1	<b>-0.08</b>	0.61
8	2	<b>-0.14</b>	0.63

MIPS. Coeficientes de Correlación ítem-escala de la escala **12A-DESCONTENTO** en PS

nº ítem	Peso del ítem respecto a escala	Corrección ítem-escala	Coeficiente alfa si se elimina el ítem
11	3	0.42	0.66
17	3	<b>0.36</b>	0.66
25	3	0.47	0.66
34	3	0.37	0.66

38	3	<b>0.42</b>	0.67
51	3	<b>0.29</b>	0.67
60	3	<b>0.52</b>	0.65
68	3	<b>0.28</b>	0.67
160	3	0.11	0.69
23	2	0.25	0.67
49	2	<b>0.33</b>	0.66
118	2	0.09	0.68
6	1	0.16	0.68
15	1	<b>0.09</b>	0.69
18	1	<b>0.32</b>	0.67
22	1	<b>0.23</b>	0.67
53	1	<b>0.32</b>	0.67
56	1	0.35	0.66
72	1	<b>0.41</b>	0.66
96	1	<b>0.12</b>	0.68
104	1	<b>0.15</b>	0.68
108	1	<b>0.09</b>	0.68
111	1	<b>0.49</b>	0.66
24	2	<b>0.02</b>	0.69
81	2	<b>-0.13</b>	0.70
144	2	<b>0.02</b>	0.69
154	2	<b>0.04</b>	0.69
1	1	<b>-0.11</b>	0.69
71	1	<b>0.12</b>	0.68
92	1	<b>0.01</b>	0.69
110	1	<b>-0.01</b>	0.69

MIPS. Coeficientes de Correlación ítem-escala de la escala **12B-AQUIESCENCIA** en PS

nº ítem	Peso del ítem respecto a escala	Corrección ítem-escala	Coeficiente alfa si se elimina el ítem
1	3	-0.04	0.57
8	3	<b>0.04</b>	0.57
21	3	0.08	0.56
46	3	0.05	0.56
64	3	<b>0.12</b>	0.55
24	2	<b>0.10</b>	0.56
71	2	<b>0.05</b>	0.56
92	2	<b>0.04</b>	0.56
144	2	0.04	0.56
146	2	0.18	0.55
154	2	<b>0.02</b>	0.56
29	1	0.05	0.56
110	1	0.08	0.56
176	1	<b>0.06</b>	0.56
171	1	<b>0.35</b>	0.53
152	1	<b>0.17</b>	0.55
167	2	<b>0.25</b>	0.54
137	2	0.17	0.55
133	2	<b>0.26</b>	0.54
124	1	<b>0.23</b>	0.54
113	1	<b>0.22</b>	0.54
118	2	<b>0.07</b>	0.56
116	2	<b>0.20</b>	0.54
108	2	<b>0.13</b>	0.55
104	2	<b>0.18</b>	0.55
96	2	<b>0.21</b>	0.54
58	2	<b>0.19</b>	0.55
55	1	<b>0.10</b>	0.56
34	1	<b>0.30</b>	0.53
22	1	<b>0.17</b>	0.55
23	2	<b>0.17</b>	0.55
15	2	<b>0.05</b>	0.56
3	2	<b>0.24</b>	0.54